

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

ANNÉE 1895.

N°

129

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 31 janvier 1895, à une heure,

Par BERNARD-CLOVIS MEURISSE,
Né le 13 novembre 1849 à Camphin-en-Pévèle (Nord),
ex-aide médecin de la marine,
ex-interne des hôpitaux de Lille,
ex-chef de clinique obstétricale à l'hôpital Saint-Sauveur,
membre de la Société anatomo-clinique de Lille.

SYNDROME UTÉRIN et MANIFESTATIONS HYSTÉRIQUES

Président : M. BOUCHARD, Professeur.

Juges : { MM. BROUARDEL, Professeur.
HANOT,
ROGER, } *Agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

LILLE
IMPRIMERIE L. DANIEL,
rue Nationale, 93.

1895.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554032_0003

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

ANNÉE 1895.

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 31 janvier 1895, à une heure,

Par BERNARD-CLOVIS MEURISSE,

Né le 13 novembre 1849 à Camphin-en-Pévèle (Nord),

ex-aide médecin de la marine,

ex-interne des hôpitaux de Lille,

ex-chef de clinique obstétricale à l'hôpital Saint-Sauveur,

membre de la Société anatomo-clinique de Lille.

SYNDROME UTÉRIN et MANIFESTATIONS HYSTÉRIQUES

Président : M. BOUCHARD, Professeur.

Juges : { MM. BROUARDEL, Professeur.
HANOT,
ROGER, } *Agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

LILLE

IMPRIMERIE L. DANIEL,

rue Nationale, 93.

1895.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Doyen. M. BROUARDEL.

Professeurs.

	MM.
Anatomie..	FARABEUF.
Physiologie	CHARLES RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie	G. POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE
Pathologie expérimentale et comparée	STRAUS.
	{ G. SÉE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ BERGER.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

PROFESSEURS HONORAIRES : MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENÉTRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILEAU.
BRISAUD.	GLEYS.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, <i>chef des</i>	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	<i>travaux anatomi-</i>	VILLEJEAN.
CHARRIN.	LEJARS.	<i>ques.</i>	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	REITTERER.	

Le Secrétaire de la Faculté : M. CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION.

Peu de maladies ont, autant que l'hystérie, exercé la sagacité des médecins. Longtemps la multiplicité de ses manifestations a dérouté les observateurs ; elle leur a échappé comme un véritable protée, (le mot a été longtemps classique). Depuis les travaux célèbres de Charcot et de ses élèves, ce processus morbide est nettement caractérisé et définitivement différencié d'avec tous ceux qui ont longtemps prêté à confusion.

Malgré les importants progrès de la pathologie, l'hystérie demeure encore obscure par plus d'un point ; elle est encore tenue pour une maladie *sine materia* ; elle est surtout une perpétuelle déception pour les médecins, une constante désolation pour les malades et leur entourage, qui s'accordent presque toujours à la considérer comme une infirmité incurable et même incompatible avec un grand nombre des obligations de la vie en famille ou en société.

Nous admirons autant que personne les recherches justement célèbres qui sont une gloire pour la médecine française.

Notre but, tout modeste, se limite à étudier un petit côté de la grande question. La pratique nous a mis en présence de plusieurs faits, où la superposition du syndrome utérin et des manifestations hystériques nous a paru dépasser la portée d'une simple coïncidence. Nous avons eu la surprise d'observer des

améliorations réelles et durables après un traitement purement gynécologique.

Notre attention, éveillée sur ce point, nous a conduit à poursuivre des recherches historiques et bibliographiques de nature à nous révéler une concordance inattendue entre d'antiques traditions médicales et des observations récentes disséminées dans la presse et dans les auteurs les plus modernes. Il nous a paru intéressant de remonter autant que possible aux documents originaux, de rapprocher des éléments épars et de chercher à en dégager quelques préceptes.

Nous nous estimerions très heureux, si quelque espoir pouvait en résulter d'améliorer la pénible situation d'un nombre, — même minime, — de malheureuses hystériques.

Plusieurs encouragements nous ont conduit à penser qu'il ne serait pas sans utilité d'attirer l'attention sur cette partie de l'étude de la grande névrose ; c'est pourquoi nous avons entrepris de faire de cette difficile question le sujet de notre thèse inaugurale.

La question n'est certes pas nouvelle, elle a même passionné bien des générations de savants médecins.

La coïncidence de l'hystérie et des maladies utérines a été tour à tour soumise à des fluctuations brutales de l'opinion scientifique.

Elevée d'abord à la hauteur d'une certitude qui attribuait l'hystérie à une cause utérine jusqu'au point de lui donner son nom lui-même, elle est pendant de longs siècles restée une opinion incontestée, malheureusement obscurcie par l'ignorance de toute la pathologie de l'utérus et de ses annexes.

Ce fut un véritable bouleversement lorsque parut la protestation de Charles Lepois, et que les manifestations hystériques furent reconnues chez des sujets masculins.

Une autre ignorance couvrait l'élément producteur de la névrose ; et, par une réaction exagérée de l'opinion médicale, après de longues et fastidieuses controverses, on en est venu,

— non pas à substituer une indication causale nouvelle à l'indication primitivement accréditée, — mais surtout à exagérer la recherche de l'hérédité, comme cause première de la maladie, négligeant les causes provocatrices, qui sont parfois indispensables pour mettre en jeu la prédisposition morbide. — Ce serait encore l'opinion contemporaine, si les étonnants progrès du diagnostic gynécologique et les surprenants succès de la chirurgie abdominale n'étaient venus rappeler l'attention sur la coïncidence de l'hystérie et du processus chronique du syndrome utérin..... Un enthousiasme inconsidéré a même conduit quelques audacieux à pratiquer de graves mutilations pour guérir l'hystérie, comme si la castration était une opération, qu'il soit licite de pratiquer en dehors des nécessités vitales.

Des plumes plus autorisées ont élevé de justes protestations contre des tendances encore mal justifiées. Quelques-uns se sont efforcés d'établir des règles déontologiques et même pratiques pour tracer les limites des indications et des contre-indications de l'oophorectomie : tous s'accordent à y discuter l'hystérie, tant il est vrai qu'ils ont l'espoir de guérir les manifestations de la névrose par le grand sacrifice de la fonction génitale de la femme.

Sans avoir la prétention d'élucider complètement d'aussi graves et d'aussi difficiles problèmes, nous nous efforcerons d'y apporter notre contingent de recherches et d'études.

Dans un premier chapitre, nous résumerons l'histoire tourmentée et les controverses, quelquefois passionnées, qu'on voit périodiquement soulevées par cette intéressante question.

Dans un second chapitre, nous faisons connaître les diverses formes de l'état de l'opinion pour établir « ce qu'est l'hystérie ». Sans nous appesantir sur des dissertations philosophiques, qui n'ont pas ici leur place, nous insisterons plus particulièrement sur les discussions de nos contemporains.

Un troisième chapitre présentera les notions actuelles sur

les causes, ou du moins, sur les conditions pathogéniques considérées comme telles : ce sont les bases des indications thérapeutiques les plus rationnelles.

Le quatrième chapitre montrera quels rapports existent entre l'hystérie et la menstruation.

Un cinquième chapitre rapprochera les faits qui démontrent la coïncidence de l'hystérie et des maladies inflammatoires métro - utéro - ovariennes, en leur donnant pour base des preuves plus solides que celles de la routine ou d'une tradition si respectable qu'elle soit. Il montrera ensuite les curieuses et incontestables conséquences des troubles utérins sur l'apparition, l'aggravation des manifestations hystériques. Il prouvera enfin la sanction thérapeutique de cette coïncidence, en réunissant un certain nombre de faits dans lesquels la suppression des symptômes hystériques a suivi plus ou moins rapidement la guérison d'une maladie utérine.

Le sixième chapitre recherchera quelle influence les autres processus morbides des organes génitaux peuvent exercer sur l'éclosion ou l'aggravation de l'hystérie.

Le traitement général sera l'objet d'un septième chapitre.

La castration des hystériques sera exposée dans le huitième chapitre, avec les controverses et les délicates questions qu'elle soulève.

Dans un neuvième et dernier chapitre, nous nous efforcerons de proposer quelques règles de nature à répartir les indications thérapeutiques que comportent l'hystérie d'une part, l'affection utérine d'autre part.

Nos juges voudront bien tenir compte de l'importance, de la multiplicité et de la difficulté de nos recherches dans une question si délicate et d'un intérêt si actuel. Nous n'avons pas la prétention d'apporter une précision définitive au milieu des controverses, dont il faut prévoir l'importance ultérieure ; nous avons voulu nous borner à porter au débat un consciencieux

appoint dénué de tout parti-pris, laissant à l'avenir le soin d'apporter de nouveaux progrès à cette question qui trouve de nos jours un regain inattendu d'actualité (1).

Que M. le professeur Bouchard nous permette de lui témoigner toute notre reconnaissance pour la faveur exceptionnelle dont il avait bien voulu nous honorer en acceptant de présider notre thèse et pour les nombreuses marques de sympathie et d'intérêt qu'il a bien voulu nous accorder depuis longtemps.

Nous prions M. le professeur Laboulbène de vouloir bien agréer l'hommage de nos sincères remerciements, puisqu'il a bien voulu nous faire l'honneur de sa présidence effective.

Notre ancien camarade et excellent ami, M. le professeur Guérmonprez, de Lille, voudra bien recevoir aussi nos remerciements pour l'empressement qu'il a mis à nous aider de ses conseils et de ses encouragements.

Nous remercions également MM. les professeurs Bouchaud et Chollet des conseils et des critiques qu'ils ont bien voulu nous donner.

(1) Nous présentons, à la fin de notre travail, un index bibliographique complet des nombreux auteurs que nous avons consultés et auxquels nous n'avons pas craint de faire de larges emprunts ; nous les avons même cités textuellement, et même longuement, lorsque tout résumé nous a paru insuffisant ; nous y avons ajouté d'autres auteurs qui ont traité différents points de la grande névrose, de façon à présenter à ceux qui étudieront la question après nous, une source de renseignements que nous avons cherché à rendre aussi complets que possible.

CHAPITRE PREMIER.

HISTORIQUE.

L'histoire de l'hystérie commence, au point de vue documentaire, avec les plus anciens écrits médicaux et philosophiques ; car, dans l'ancienne Grèce, berceau de toutes les sciences, la philosophie touchait de bien près à la médecine, quand elle ne l'englobait pas dans son domaine. (Gilles de la Tourette.) (1)

Les synonymies nombreuses de cette affection, que l'on trouve dans les auteurs anciens, indiquent que, si le point de départ des symptômes n'a presque pas éprouvé de variations jusqu'à Charles Lepois (1618), les erreurs ont surtout porté sur le genre de lésion, dont on soupçonnait l'utérus affecté. On va en juger.

Chez les Grecs : ἡ πνίξις ὑστερικῇ, ἡ πνίξις τῇ ἐν γαστρὶ, υπερκίνησις etc.

Chez les Latins : *hysteria, hystericismus, hysteriasis, malum hystericum, morbus hystericus, adfectio hysterica, uteri adscensus, morbus strangulatorius, suffocatio uterina, hysteralgia, passio hysterica, uteri dolor, hysterer-*

(1) Traité de l'hystérie d'après l'enseignement de la Salpêtrière. Paris, 1891.

gia medica, vapores uterini, dyspnœa hysterica, strangulatio vulvæ, strangulatio hysterica, asthma uteri, etc., etc.

Chez les Français : *hystérie, hystéralgie, mal de mère, vapeurs utérines, névroses utérines, etc.*

Chez les Allemands : *die hysteric, mutterbeschwerde, mutterkrankheit, mutterweh, hysterisches uebel, mutterkrampfe, etc., etc.*

Chez les Anglais : *hystèrical fits, histerick passion, rising of the mother, etc.*

Ainsi, tantôt on a cru trouver la cause de tous les désordres de l'hystérie, dans la constriction, dans l'étranglement de l'utérus ; tantôt dans le déplacement de cet organe : et tantôt dans des lésions organiques ; mais, si les écrivains variaient sur le mécanisme, ils étaient d'accord sur l'origine utérine des accidents hystériques.

Le mot *hystérie*, dérivé de *υστερα*, utérus, impliquait donc, chez les anciens, la théorie contenue dans la dénomination.

PYTHAGORE (580 avant J.-C.). EMPÉDOCLE (504), DÉMOCRITE (494) ET PLATON (430) furent, à n'en pas douter, les précurseurs de la médecine.

Platon en parle déjà dans le *Thimée* et il y formule la théorie, qui pendant des siècles, dirigera la clinique et la thérapeutique de la névrose. Il compare la matrice à un animal avide de concevoir, qui, s'il reste stérile après la puberté, « parcourt le corps, obturant les issues de l'air, arrêtant la respiration, jetant le corps dans des dangers extrêmes, occasionnant diverses maladies » jusqu'à ce qu'il y ait conception (1).

« Démocrite me paraît avoir eu raison, écrit Sydenham (2)

(1) Œuvres de Platon, trad. Cousin, l. XII, p. 242.

(2) Sydenham. — *Dissertatio epistolaris ad Guill. Cole de variolis, malo hysterico et hypochondriaco*; Londini. 1682; p. 77.

d'avancer dans sa lettre à Hippocrate, « que l'hystérie est la source de six cents maladies différentes et d'une quantité innombrable de calamités », quoiqu'il se trompât en désignant la matrice comme *cause* de cette affection. » Il n'entraîna pas dans les idées du médecin anglais de partager le sentiment de Démocrite sur cette cause prochaine de l'hystérie ; avec Lepois il repoussait la théorie utérine ; mais il la confondait avec l'hypochondrie et, conformément aux notions modernes, il la croyait commune aux deux sexes.

La théorie utérine, acceptée par tous les philosophes qui ont suivi, fut également admise par HIPPOCRATE (460 av. J.-C.), Galien et tous les médecins qui leur ont succédé jusqu'à la fin du XVI^e siècle, époque à laquelle protesta Ch. Lepois, le célèbre médecin de Pont-à-Mousson.

L'étymologie même du mot semblait ne pas permettre l'hypothèse de l'hystérie masculine.... Et pourtant, dès le sixième siècle, « les artistes, fidèles représentants de la nature souffrante, en accumuleront les documents figurés, dont l'interprétation ne sera donnée que de nos jours par Charcot et Paul Richer. » (Gilles de la Tourette.)

Quant à l'opinion qu'on prête à HIPPOCRATE touchant les causes prochaines de l'hystérie, elle ne paraît pas être de lui ; il la décrit sous le titre ἡ πνιξ υστερικη, *suffocation hystérique* en même temps l'hypochondrie, dont il donne une description exacte mais incomplète sous le nom de *morbis resicatorius* ou αναντης (2), Galien l'attribue à Platon ; et, malgré l'autorité d'Erotien, on doit croire, avec Mercurial, qu'Hippocrate n'a pris qu'une part bien peu importante dans la composition des traités *De naturâ muliebri*, *De morbis muliebribus* et *De sterilibus*. La lecture attentive de ses œuvres montre, en

(2) Voyez Hippocrate. Cor. de morbis, lib. II, sec. V, ouvrage publié sous le nom d'Hippocrate.

effet, que, s'il a bien connu l'épilepsie, il n'a pas toujours su la différencier de l'hystérie, qu'il connaissait d'une façon beaucoup plus incomplète.

Dioclès Carystus, Celse, Galien, Arétée, Aétius, Paul d'Egine, Rhazès, Avicenne, Sérapion et la plupart des médecins arabes, ont placé dans l'utérus le siège de l'hystérie ; et après eux Fernel, Sennert, Ambroise Paré, Mercurialis, Baillou, Forestus, Rivière, Michaëlis, Ettmuler, Alberti, Dimerbroeck, Vésale, Morgagni, Henricus, Hoffmann, Freind, Chambon, Pressavin, Astruc, Sauvages, Cullen, Pujol, Pinel, Louyer-Villermay, Franck, Dubois (d'Amiens), Landouzy, Scanzoni, Foville, etc., ont adopté, défendu, ou enseigné la même doctrine.

On trouve enfin, au nombre de ceux qui n'admettent pas ce siège : Charles Lepois, (Carolus Piso), Hygmore, Willis, Sydenham, Dumoulin, Stahl, Boerrhave, Cheyne, Whytt, Raulin, Pomme, Lorry, Tissot, Georget, Brodie, Gibert, Brachet, Chomel, Rostan, Voisin, etc.

Tous ces auteurs ont donné des symptômes de l'hystérie des tableaux descriptifs plus ou moins complets et ils ont discuté sur ses causes, sur sa nature, en maints passages de leurs œuvres.

Ce premier aperçu ne serait qu'une énumération sans portée, si une étude plus approfondie et une investigation assidue dans les œuvres originales des maîtres ne dégagait la notion enseignée et accréditée pendant chacune des grandes périodes de l'histoire de la médecine.

CELSE (an 5 de l'ère chrétienne), traite de l'hystérie dans le chapitre *De vulvæ morbo*. Un curieux passage de son ouvrage est cité pour la première fois de nos jours par M. Gilles de la Tourette. Il montre, comme le disait Boerrhave, que Celse a décrit « beaucoup de choses qu'on fait aujourd'hui passer pour neuves. » Ce célèbre encyclopédiste pose nettement les

éléments du *diagnostic différentiel* entre l'hystérie et l'épilepsie (1).

« *Ex vulvâ quoque feminis vehemens malum nascitur : proximèque ab stomacho vel afficitur vel corpus afficit. Interdum etiam sic examinat, ut tanquam comitiali morbo prosternat. Distat tamen hic casus, eo quod neque oculi vertuntur, nec spumæ profluunt, nec nervi distenduntur: Sopor tantum est. Idque quibusdam feminis crebro revertens, perpetuum est.* »

La matrice est, pour les femmes, le siège d'une grande maladie : c'est, après l'estomac, l'organe le plus sujet à être affecté, et dont les affections influent le plus sur le reste du corps. Les personnes, qui sont attaquées de ce mal, éprouvent quelquefois une telle faiblesse, qu'elles tombent par terre comme dans l'épilepsie. Cette maladie en diffère cependant en ce que les yeux ne se renversent point, et qu'il n'y a pas d'écume à la bouche, ni de mouvements convulsifs : la malade paraît seulement plongée dans un assoupissement profond. Il y a des femmes, chez qui cette maladie revient fréquemment, et se perpétue pendant toute la vie.

Celse ne se contente point de décrire l'hystérie ; il donne des indications sur le traitement à employer : saignée si les forces le permettent ; ventouses aux aines dans le cas contraire ; si la malade reste longtemps en faiblesse, lui faire respirer quelque mauvaise odeur, ou répandre de l'eau froide sur tout le corps.

Celse n'oublie pas les frictions et surtout les révulsifs sur les lombes, aux membres inférieurs, sur le ventre, sur tout le corps et des sinapismes tous les 3 ou 4 jours sur le bas

(1) A. Corneli Celsi. De re medica libri octo, (lib. VII, cap. I. Sect. VII, p. 213 ; Paris, P. Fr. Didot 1772) ou Edit. accur. biponti ex typog. Societ : CIOIDCCLXXXVI, lib. IV, ch. XX, p. 235).

ventre « *Inter hæc etiam, perspicare coxas et poplites oportet* » : et plus loin « *frictione quotidie utendum totius quidem corporis, præcipue vero ventris, et poplitum... sinapi superimum ventrem tertio quoque aut quarto die imponendum, donec corpus rubeat.* »

La description de l'hystérie, dans ARÉTÉE (81), est partout entravée par les prétendus déplacements de l'utérus. Celui-ci, suivant le médecin de Cappadoce, ressemble à un arbre, dont les branches flexibles suivent les impulsions d'un vent léger, etc.

Les connaissances anatomiques de GALIEN (131) lui avaient montré la fixité de l'utérus ; aussi a-t-il taxé d'absurdité l'opinion des auteurs, qui font voyager l'utérus de la vulve à l'appendice xyphoïde. Il place, d'ailleurs comme eux, le siège anatomo-pathologique de l'hystérie dans la matrice. Le premier, probablement, il admet l'hystérie chez l'homme, lorsqu'il écrit : « *Id vero quoque viris evenire solet.* »

AETIUS (543) mérite d'être remarqué dans son exacte description des effets de l'hystérie. Le point de départ lui est bien connu ; et, sans s'appesantir sur de prétendus déplacements de la matrice, comme l'avait fait Arétée de Cappadoce, il explique la propagation des spasmes par le seul moyen du *consensus*, qui lie tous les organes entre eux. « *Uteri strangulatio ab utero quidem inferne oritur, verum supernæ partes et principales præsertim per consensum afficiuntur, nam ad cerebrum per nervos affectio transit, videturque uterus velut et supernas partes ascendisse.* (Tatrabil serm., IV, cap. LXVIII). » C'est presque l'interprétation scientifique de nos contemporains.

PAUL D'EGINE (634) manque de précision dans sa description de l'hystérie, qu'il décrit sous le titre de *strangulatio uteri* ; il traite, dans le même chapitre, de la mélancolie, de l'hypocondrie et de la manie, et il leur assigne des caractères communs.

Pendant la longue période du moyen âge, l'hystérie était incontestablement une maladie commune ; mais elle n'était ni étudiée, ni même correctement discernée ; et c'est en dehors des écrits médicaux qu'il faut rechercher les documents qui datent de cette époque. L'histoire en a été reconstituée de notre temps par les recherches critiques et artistiques de MM. Charcot et Paul Richer (1). L'hystérie masculine y était notamment représentée.

Les médecins arabes se rapprochent beaucoup des opinions de Galien.

JEAN FERNEL (1486-1558) donna à la faculté de Paris un enseignement retentissant ; il vit ses écrits, formulés en un latin plus pur que celui de ses devanciers, « servir de guide aux maîtres qui les expliquaient dans les écoles publiques et de règle aux disciples qui entraient dans le champ épineux de la pratique ». Malheureusement Fernel n'apporta aucun appoint nouveau à la question de l'hystérie ; il la fit même reculer, ainsi qu'on le verra plus loin ; et le grand prestige de ses paroles et de ses écrits n'a pas peu contribué à obscurcir les discussions ultérieures.

AMBROISE PARÉ (1509-1590) (2) consacre à la suffocation de la matrice « appelée des femmes, le mal de la mère » ; et à ses causes quelques pages, où on retrouve au complet la théorie des mouvements de l'utérus unie à celle des vapeurs. « Suffocation de matrice est ablation de libre respiration et expiration qui vient, ou parce que l'utérus gonfle et s'enfle et parce qu'il est ravi et emporté en haut par un mouvement forcé et comme convulsif, à cause de la plénitude de ses vaisseaux. L'utérus se

(1) 2^e édition des *Etudes cliniques sur la grande hystérie ou hystéro-épilepsie*. Paris 1885.

(2) Ambroise Paré (*Les Œuvres d'*). — 6^e édition, — 1607. Livre 24^e, chap. LII, p. 973. — Chap. LIII, p. 975. — Chap. LV, p. 976.

gonfle et enfle, parce que quelque substance, pourrie et corrompue en lui, se résoud en vapeurs et ventosités de la rétention des menstrues, ou de la corruption de la semence, ou d'une aposthème faite en la matrice, ou fleurs blanches ou autres mauvaises humeurs qui se putréfient en elle ou de ventosités : *ce qui se peut connaître parce que la femme aura grands soupirs, vertigines, scotomies, douleurs de tête, nausées, roots et grands bruits aux intestins.* »

Ambroise Paré examine ensuite toute une série de faits noyés dans un langage, trop prolix et trop encombré des erreurs de son temps pour être reproduit *in extenso*. On en peut retenir toutefois que les affections utérines sont accompagnées « de très cruels accidents, » qu'il compare à l'hydrophobie, aux accidents venimeux et à l'épilepsie elle-même.

Il précise que ces accidents de cause utérine ne sauraient être attribués à une compression ; il les considère comme réflexes « *par compassion* » ; mais il commet l'erreur de les attribuer aux vapeurs admises de son temps. Il précise non seulement les vertiges, mais les perturbations psychiques « dont advient une » rêverie, tantôt de la vertu appréhensive, tantôt de la raisonnable ; et souvent la femme parle à part soi en rêvant, « déclarant tout ce qu'elle doit plutôt taire que dire ; et quelquefois demeure toute stupide et étonnée. Aucunes ont un » très long sommeil... , dont elles sont sourdes et muettes et » ne répondent rien quand on les appelle hautement : aucunes » fois elles entendent bien, mais elles ne peuvent répondre ». Ambroise Paré en est tellement convaincu, que, sans aucune transition, il attribue ces « signes » à une cause utérine, en y ajoutant l'erreur de son temps, qui fait intervenir « la suffocation de l'utérus » ! Et, comme si ce n'était pas suffisant, il y insiste ; pour lui les maladies utérines causent « *épilepsie, catalepsie, létargie, apoplexie...* »

Il va plus loin et décrit même l'accès, son début avec la boule hystérique aujourd'hui classique « la femme sent monter

» de sa matrice..... jusqu'à la bouche de l'estomac et au cœur,
» il lui semble qu'elle étouffe et dit sentir monter..... quelque
» chose qui lui clot le gosier avec grands battements de cœur ». Puis est décrite la perte de connaissance, ensuite les variétés principales de la période d'état « respiration brève et fréquente » comme abolie..... quelquefois une fureur avec babil ;
» quelquefois stupidité, endormissement, avec taciturnité non
» accoutumée ». Ambroise Paré s'étonne « qu'à quelques-unes
» cette (attaque) commence par un ris ; à autre, par pleurs ; à
» autre, par tous deux ensemble.... autres tombent en extase....
» aucunes femmes... se remuent et ratiocinent... aussi aucunes
» se remuent d'un mouvement involontaire comme les épilep-
» tiques, remuent les bras et les jambes avec grincement de
» dents.... les autres sont surprises comme si elles étaient
» apoplectiques... les autres, au contraire, crient et rient et ne
» font que parler.... »

Ambroise Paré achève sa description en signalant, à la fin de l'attaque, un détail qu'on retrouve dans des auteurs ultérieurs, — mais qui est trop souvent oublié, malgré son importance. — Le célèbre chirurgien de Laval le précise en ces termes : « Et à » plusieurs d'icelles s'écoule quelques humeurs de leur matrice ; » et à quelques-unes il s'évacue dehors une grosse semence, voir » en grande quantité... ; et, alors que les matières sont écoulées, » la matrice se relache (?) peu à peu ; et *tous les accidents* » *cessent !* » Ce fait de l'écoulement spontané d'un liquide non hématique est d'une grande importance clinique. On le trouve signalé bien avant Ambroise Paré.

Le Hollandais FORESTUS ou Pierre von Foreest (1522-1597) se montre partisan zélé de la théorie de Galien sur la rétention du fluide séminal chez la femme. Il en fait la cause de l'hystérie. Avec Ballonius et Levinus Lemnius, il est d'avis que les femmes d'un tempérament mâle et robuste, qui vivent chastement, « font bonne chère », sont souvent attaquées de cette maladie. Dans sa pratique à Deelft pendant 30 ans, et ensuite

dans son enseignement à l'Université de Leyde, il se rend célèbre par l'acharnement qu'il met à vanter « les bienfaits de la confrication de la vulve pendant l'attaque ».

C'est lui également qui, en même temps que ZACUTUS LUSITANUS (1575-1642) confirma une observation curieuse de Galien (*Commentaires sur Hippocrate*, lib. VI, des parties affectées). Il s'agit d'un écoulement notable de liquide par le vagin, à la fin, ou immédiatement après le paroxysme de l'hystérie. C'est précisément la même observation qu'on retrouve dans Amb. Paré.

MERCURIALI JÉRÔME (1530-1608) et le parisien GUILLAUME DE BAILLOU (1538-1616) ont longuement disserté sur la question ; mais ils ne l'ont pas avancée.

A DANIEL SENNERT (1572-1637), l'hystérie paraît « *gravissimus et admirandus affectus, qui non solum cegrotantibus, sed medicis sæpè et adstantibus timorem incutiat.* » (*De suffocatione hysterica*, t. II, p. 668). Sennert a pu adopter les idées de Fernel, sur le siège et les causes immédiates de l'hypochondrie, parce que ces idées rentraient dans certaines théories générales alors en vogue ; mais il était trop bon observateur pour partager le sentiment de Fernel sur les mouvements de la matrice.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est que Fernel, malgré ses vastes connaissances, reproche à Galien précisément ce qu'il a dit de mieux : Galien avait prouvé que la matrice ne peut errer dans l'abdomen, et encore moins remonter jusque dans la poitrine.

Fernel prétend que Galien l'avait induit en erreur, et que, dans plusieurs cas, il a senti cet organe remonter sous sa main jusque dans l'estomac ! (*De morbo partium quæ sub diaphragmate sunt*, cap. XVI, *uteri symptomata*),

Sennert n'a pas imité Fernel, et même la théorie qu'il a développée à ce sujet sort des limites ordinaires du galénisme. Il s'est révélé en précurseur. On a dit que, jusqu'à l'époque de

la découverte de la circulation, c'est-à-dire jusqu'à Servet, Columbus, Césalpin et Harvey, toutes les écoles de médecine en Europe étaient restées sous le joug d'un galénisme fondé sur la philosophie d'Aristote; on a même prétendu que, lorsque le système Descartes fut introduit en médecine, pour la première fois, on laissa les humeurs pour la matière subtile; c'est une erreur, les anciens eux-mêmes ont parlé de cette matière : *aura quædam prava ad superiora transit*, dit Paul d'Egine; et Sennert ne reconnaît pas d'autre cause immédiate dans le développement de l'accès hystérique. « *Nos unicam et proximam causam esse statuimus, vaporem malignum et venenatum per arterias, venas et nervosum genus ad superiores partes elevatum, earumque actiones varie loedentem* ».

Sennert entre ensuite dans beaucoup d'explications pour prouver qu'une humeur, quelle qu'elle soit, ne pourrait jamais s'élever avec assez de rapidité, pour produire tous les désordres d'un accès hystérique : ce n'est donc pas une humeur qui s'élève de la matrice, dit-il : « *Sed subtilissimus vapor, aura, vel spiritus, vi et efficaciâ potens attolitur.* »

Et pour que ces vapeurs puissent s'élever de la région hypogastrique, il faut, suivant Sennert, que la matrice soit engorgée d'un sang altéré, ou de semence corrompue; « *vapor autem ille ortum habet a sanguine aut semine in utero corruptis.* »

Ce sont les esprits animaux de Sydenham et les vapeurs de Pomme, qui sont ainsi bien et dûment annoncés : c'est la théorie nerveuse substituée à la théorie humorale, — mais toujours dans la doctrine de l'utérus considéré comme point de départ unique et nécessaire à l'hystérie.

CHARLES LEPOIS (1563-1633), plus connu sous le nom de Carolus Piso, était un médecin d'une vaste érudition, jointe à un jugement solide et profond. Médecin consultant du duc Charles III de Lorraine, en 1595, il devint en 1617 le médecin

ordinaire du duc Henri II. Ce fut à sa sollicitation que celui-ci établit une Faculté de médecine à Pont-à-Mousson, dont C. Lepois fut déclaré doyen et premier professeur.

Ce grand observateur fut reconnu partout comme le meilleur praticien de son temps et se rendit célèbre par différents ouvrages dont un des plus importants fut le « *Selectionum observationum et consiliorum de præter visis hactenus, morbis, effectibusque præter naturam ab aqua, seu serosa colluvie et diluvie, ortis, liber singularis. (Ponte ad Monticulum)* 1618, in-4^o). Il fut donné quatre éditions de cet ouvrage, que le célèbre Boerrhave jugea si avantageusement, qu'il en a procuré une nouvelle édition, avec une préface de sa façon : (Lugduni Batavorum, 1733, in-4^o). Carolus Piso donne en quelques pages un exposé de l'hystérie, dont les plus récents travaux ont montré toute la valeur et il réfute toutes les théories admises avant lui.

« *Hysterica symptomata vulgo dicta, omnia ferè viris cum mulieribus communia sunt.* »

Cette opinion rompt absolument avec le passé. Ce n'est plus, ni l'utérus, ni l'estomac, ni un autre organe, qui est la cause de l'hystérie : « *itaque concludamus, tot tantorumque symptomatum quæ falso hysterica creduntur, parum justis de causis uterum, ventriculum, aut aliud ex visceribus accusari, sed eorum omnium UNUM CAPUT esse parentem, idque non per sympathiam, sed per idiopathiam, affectum male et perculsum eos motus universum corpus concutientes ciere* » (1)

L'Hystérie est donc, pour Charles Lepois, une affection idiopathique du cerveau ou de ses méninges, qui ne diffère guère de l'épilepsie et qu'on observe dans les deux sexes. Pour lui

(1) Caroli Pisonis. *Selectionum Observationum et Consiliorum cum præfatione Hermanni Boerhaave. Sect. II, par II. Cap. VII, p. 144.*

le point de départ de l'attaque d'hystérie est dans le système nerveux central. « *Ex contractio nervorum fit versus caput, hoc est versus principium nervorum, efficitur profecto in hystericis reliquum a capite corpus convelli sive concuti aut rigere distendique violenter, non quia ipsum causa morbifica obsessum ex se lacessitur, sed quia principium nervorum hoc est meninges capitis quarum propagines sunt nervi omnes quatiuntur aut rigent.* » (P. 121-12).

Le célèbre professeur de Pont-à-Mousson, admet donc que l'unique point de départ de l'attaque d'hystérie se trouve dans le centre nerveux supérieur.

« *Quoniam igitur in hysterica suffocatione TOTUM convellitur et rigescit corpus PRINCIPIMUM sane nervorum patiatur necesse est.* » (P. 122).

L'auteur, désireux d'interpréter ce fait vrai, se crée une théorie, qui repose toute entière sur l'hypothèse d'une *colluvies serosa*, sorte de liquide, ou de corps fluide, mobilisable, des portions périphérique, vers les portions centrales du système nerveux, et réciproquement ; au moment de l'attaque, la pression augmenterait dans le cerveau et ses méninges par l'afflux de la *colluvies serosa* ; la conséquence serait une diminution de longueur des nerfs d'où résulterait l'agitation d'abord, la raideur ensuite.

Charles Lepois admet l'hystérie infantile et il donne une bonne description des troubles hystériques.

RIVIÈRE, (1589-1655) distingue l'hystérie de l'hypocondrie, mais il ne donne de la grande névrose que quelques observations incomplètes, qui demeurent sans retentissement.

Les nouvelles idées de l'illustre médecin de Pont-à-Mousson produisirent grand émoi parmi tous les auteurs du temps ; elles donnèrent lieu à des discussions passionnées.

L'une des plus célèbres (1) s'éleva entre THOMAS WILLIS

(1) Thomas Willis. — *Affectionum quæ dicuntur hystericae et hypocondriacæ pathologia.* Londini, 1670, in-8.

(1622-1670) et HIGHMORE (1613-1684), (1). Celui-ci croit au siège viscéral de l'hystérie, bien que l'utérus ne soit pas exclusivement en cause. Willis développe avec éclat la nouvelle théorie de Ch. Lepois. Il rapproche l'hypochondrie de l'hystérie, en leur donnant un siège commun et des causes prochaines analogues. Pour lui la matrice n'entre pour rien dans la production des symptômes hystériques. Le siège réel de ces névroses est l'encéphale. Les esprits animaux font, à la même époque, leur apparition dans les discussions médicales, (et par esprits animaux il faut entendre l'influx nerveux); c'est le mélange de ces esprits avec des parties hétérogènes, qui détermine les convulsions. Ainsi la théorie nerveuse se trouve pour la première fois en contradiction avec la théorie utérine soutenue depuis les auteurs de l'antiquité. Mais la substitution ne va pas se faire sans controverse : on peut dire que la lutte a duré entre les deux théories rivales jusqu'à nos jours.

SYDENHAM (1624-1689), (dans sa lettre à Guillaume Cole, 1682), (2) soutient les idées de Lepois et de Willis. Ce maître observateur a tracé des principales manifestations de la névrose hystérique, des tableaux cliniques d'une fidélité parfaite. Il avait entrevu ce grand caractère de la névrose, que Charcot a si bien mis en relief de nos jours, à savoir qu'elle est capable de simuler toutes les maladies organiques : « L'hystérie imite presque toute les maladies qui arrivent au genre humain; car, dans quelque partie du corps qu'elle se rencontre, elle produit aussitôt les symptômes qui sont propres à cette partie. Et, si le médecin n'a pas beaucoup de sagacité et

(1) Nathanaël Highmore; — *Exercitationes duæ, quarum prior de passione hystericâ, altera de affectione hypochondriaca*; Oxoniæ, 1660, in-12. — Du même auteur : *de hystERICA et hypochondriaca passione, responsio epistolaris ad Willisium*; Londini, 1670, in-4.

(2) *Dissertatio epistolaris à G. Cole de variolis, malo hysterico et hypochondriaco*; Londini, 1682, in-8.

d'expérience, il se trompera aisément, et attribuera à une maladie essentielle et propre à telle ou telle partie des symptômes qui dépendent uniquement de l'affection hystérique. » Sydenham regardait comme identiques l'hypochondrie et l'hystérie. Charcot, étudiant l'état mental des hystériques mâles, montre deux siècles plus tard combien cet état se rapproche de celui qu'on attribuait à l'hypochondrie. Le médecin anglais connaissait donc bien l'hystérie masculine.

L'œuvre de génie de cet excellent observateur fut absolument méconnue de ses contemporains et battue en brèche par presque tous les auteurs du siècle dernier et par ceux de la première moitié de notre XIX^e siècle. Sydenham eut encore un autre mérite, celui de décrire et de caractériser par une bonne dénomination la douleur intense, térébrante et localisée, qu'on appelle le « *clou hystérique*. » Mais il s'exprime en des termes bizarres ; « Quelquefois, dit-il, (l'hystérie) se fixe entre le péricrâne et le crâne, et elle est accompagnée d'une douleur presque insupportable, dont le siège n'excède pas la longueur du pouce et de vomissements énormes. Cette espèce, qui est appelée « *clavus hystericus* », affecte principalement les femmes qui ont la jaunisse. »

HERMANN BOERRHAVE (1668), dans son *Traité des maladies nerveuses* (1), adopte les idées de Lepois, mais, il confond l'hystérie avec l'hypochondrie.

STAHL (1660-1734), suivant un auteur judicieux (2), est un des médecins qui a le plus insisté sur le moral, lorsqu'il a développé les causes de nos affections corporelles, et, en faisant de l'âme le principe de tous nos mouvements, il a renversé la barrière, qui séparait la médecine et la philosophie.

On connaît son système favori et l'influence qu'il accordait

(1) Hermann Boerrhave. *Prælectiones academicæ de morbis nervorum*. Édit. à J. Vœnens, 1761.

(2) Roussel. *Système physique de la femme*.

aux hémorrhagies, ou aux efforts du sang, pour s'ouvrir une issue quelconque. On sait également combien il a exagéré la corrélation, manifeste et réelle dans quelques cas, entre l'écoulement menstruel ou hémorroïdal et les affections hystériques ou hypocondriaques (1). S'il reconnaît pour causes fréquentes de ces maladies les affections morales, comme la colère, le chagrin, etc, et s'il blâme avec raison Willis, qui admettait des vapeurs vénéneuses dégagées du sang, il ne voit lui-même dans tous les phénomènes que présentent ces deux maladies, que les effets de la tendance du sang — à former hémorrhagie; — et il donne pour principe général du traitement, de diminuer la quantité du sang dans tous les cas.

BLACKMORE (1695) fait jouer aux altérations humorales le principal rôle dans la production des phénomènes hystériques.

ALBERTI (2), disciple et commentateur de Stahl, n'est pas d'un avis différent; et, suivant lui, la mélancolie, l'hypocondrie et l'hystérie ne sont qu'une même maladie.

MÉAD (1673) reconnaît l'hystérie comme une maladie générale; tout l'organisme est à la fois troublé, c'est ce qui lui fait dire qu'elle n'a pas de siège particulier: « *Non unam sedem habet sed totius corporis est.* »

Il y a une sorte de contradiction dans CULLEN, relativement à la cause prochaine et au siège primitif de l'hystérie; ou plutôt, après avoir émis une opinion à lui sur cette question, ce médecin semble forcé de revenir à l'avis le plus général; quelques réflexions, en effet, sur la nature des paroxysmes et sur les fonctions de l'utérus, le ramènent à l'opinion commune. « Il me paraît évident, dit-il (1520), que les paroxysmes de l'hystérie commencent par une affection spasmodique et con-

(1) Sthalii. *Theoria medica vera*. Halœ, 1708; *dissertationes de motu tonico, de motibus spasmodicis; etc.*

(2) Michaelis Alberti, Halœ, Magdeburgicæ, etc. 1718.

vulsive du canal alimentaire, qui de là se communique au cerveau et à une grande partie du système nerveux. » « Cependant, ajoute immédiatement Cullen, les accès ont si souvent une telle connexion avec le flux menstruel, et avec toutes les maladies qui dépendent de l'état des parties de la génération, que c'est *avec raison*, que les médecins ont de tout temps considéré l'hystéricisme comme une affection de l'utérus et des autres parties du système de la génération. » (Dubois d'Amiens). Il semble que cet auteur ait eu la prétention de vouloir concilier des opinions contradictoires et de donner ainsi satisfaction à tout le monde.

FREIND (1675) n'a pas manqué de trouver dans la pléthore utérine et générale la cause des accidents hystériques et même des convulsions.

ASTRUC (1684), SAUVAGES (1706), FLEMYNG (1707), RAULIN (1708), ROBERT WHYTT (1714) classent l'hystérie parmi les maladies convulsives, rapprochent l'hypocondrie de l'homme de l'hystérie de la femme et admettent l'hystérie masculine. — Sauvages a le tort de multiplier sans fin les espèces qui sont au nombre de huit pour l'hystérie. — Astruc admet comme cause prochaine de l'affection la tension des vaisseaux lacteux de la matrice, et le gonflement des ovaires et des trompes ; — selon Whytt, les affections hypocondriaques et hystériques reconnaissent une source commune et ne sont le plus souvent qu'une humeur goutteuse errative ; il place le siège de l'hystérie dans les viscères du bas-ventre.

FRÉDÉRIC HOFFMANN (1733) peut être opposé à Sydenham : il cherche à distinguer les principaux caractères de l'hypocondrie et de l'hystérie ; celle-ci provient de la matrice et de ses vaisseaux spermatiques. « Je suis fortement persuadé avec les anciens, dit-il, qu'elle (l'hystérie) provient de la matrice, de ses membranes et de ses vaisseaux surtout spermatiques, et que la contraction spasmodique de ces parties se communique d'elle-même aux nerfs adjacents de l'os sacrum et des

reins, et de là, en conséquence de la correspondance mutuelle des parties, aux membranes nerveuses de la moelle épinière, et qu'elle passe des parties inférieures aux parties supérieures.» En contradiction avec sa théorie, Hoffmann rapporte une observation d'hystérie masculine chez un jeune homme de seize ans.

Cependant, à côté de ses erreurs, Hoffmann formule sur l'hystérie une théorie plus rationnelle et plus conforme à la saine physiologie. Il place l'origine de tous les symptômes hystériques dans une contraction spasmodique de l'utérus, qui se propage aux nerfs du bassin et des lombes, gagne la moelle épinière et de là s'étend successivement à toutes les parties du corps.

Comme l'ont fait observer Monneret et Fleury « les auteurs qui ont suivi, et qui ont fait de l'hystérie une névrose, se sont contentés de reproduire, seulement en d'autres termes, l'opinion d'Hoffmann, qui a parfaitement entrevu l'influence exercée par le *grand sympathique* sur le système cérébro-spinal. »

LORRY (1765) pense que l'hystérie, l'hypocondrie et la mélancolie forment trois maladies identiques et qu'elles ne diffèrent que de nom. »

Le premier en France, il appelle l'attention sur la *douleur de la région ovarienne*.

POMME est un bon observateur ; et son traité « des affections vaporeuses des deux sexes ou maladies nerveuses, vulgairement appelées maux de nerfs, 1763 », donne un certain nombre d'observations fort intéressantes. Son ouvrage eut un grand retentissement. Il place l'hystérie dans le système nerveux sous le nom d'affection vaporeuse. « J'appelle, dit-il, affection vaporeuse, cette affection générale ou particulière du genre nerveux, qui en produit l'irritabilité et le racornissement ». Les expressions de maux et d'attaques de nerfs, dont s'est servi Pomme, sont restées dans le grand public.

Outre une distinction précise entre l'hystérie et l'hypocondrie, on remarque dans l'ouvrage de PRESSAVIN (*Nouveau traité sur les vapeurs*, 1770) quelques idées physiologiques originales sur l'influence réciproque des passions de l'âme sur les fonctions purement vitales et de celles-ci sur les affections de l'âme. Pressavin reconnaît pour cause immédiate de l'hypocondrie, l'affaiblissement des viscères abdominaux ; tandis que l'affection hystérique dépend de la matrice : non seulement, dit-il, on peut distinguer ces deux maladies, mais même reconnaître dans les complications les symptômes propres à chacune de ces affections.

TISSOT (1778) s'écarte de l'opinion de Pressavin : il ne fait aucune distinction exacte entre l'hystérie et l'hypocondrie et se range de l'avis de Sydenham. Il discute les théories de Pomme et n'admet pas le racornissement des nerfs, contre lequel s'élèvent aussi les auteurs du *Nouveau Dictionnaire universel et raisonné de médecine*, qui regardent l'hystérie comme une affection due à l'irritabilité du système nerveux.

PINEL (1799) classe l'hystérie parmi les névroses de la génération de la femme, dans la nosographie philosophique.

Pour VIGAROUS (1801), professeur à l'école de Médecine de Montpellier, « il n'est pas douteux que l'hystérie ne doive naissance à une affection de l'utérus ; ce qui le prouve, c'est qu'elle n'attaque les femmes, que depuis l'époque de la puberté jusqu'à celle de 40 à 45 ans ; c'est précisément dans cet intervalle, que la matrice jouit d'un degré d'action très considérable, et qu'elle influe d'une manière si particulière sur la santé et les maladies du sexe féminin. »

JOSEPH CAPURON, dans son *Dictionnaire de médecine et de chirurgie* de MDCCCVI, appelle l'hystérie « un genre de maladies nerveuses, qu'on croit avoir son siège dans la matrice. » Il est un des premiers, qui, dans son traité des maladies des femmes publié en 1812, ait particulièrement insisté, parmi les causes qui produisent les accès hystériques, sur quelques

vives affections de l'âme, « telles que la joie, la colère, la tristesse, une contrariété, un saisissement, l'impression de certaines odeurs, la vue de certains objets hideux, désagréables ou dégoûtants. »

GARDIEN (1807), loin de regarder l'hystérie comme dépendant de l'état de la matrice, croit, au contraire, avec Tissot, qu'elle est due le plus souvent à l'état du système nerveux général.

BAUMES (1816) est très peu explicite et paraît rester dans le doute.

LOUYER-VILLERMAÏ publie en 1816 un important *traité*, où il défend de nouveau la théorie utérine et repousse d'une manière, malheureusement trop absolue, l'hystérie masculine.

« Si l'on cherche à connaître, dit Loyer-Villermay, quel est le siège de cette maladie, (l'hystérie) et quels dérangements des organes de la femme produisent les phénomènes de l'hystérie, on est bientôt convaincu que l'utérus est le siège de cette névrose, et qu'il existe vers cet organe une irritation, un spasme, qui se fait le plus souvent sentir aux malades elles-mêmes et qui est indépendant d'une lésion organique ou d'une altération du tissu. »

Il précise même davantage et ajoute : « Pendant les accès d'hystérie, la main placée sur l'hypogastre, reconnaît un mouvement vermiculaire, qui se fait également sentir au doigt introduit dans le vagin. » Pour Loyer-Villermay, ce spasme de l'utérus serait produit par la présence d'une liqueur spermatique très abondante.

P. Briquet est étonné de voir un auteur, « qui, en plein dix-neuvième siècle admet l'existence du sperme chez la femme, tout en reconnaissant qu'il n'y a pas d'organes chez les femmes pour opérer la sécrétion de cette liqueur ; qui admet un tempérament utérin, une pléthore spermatique, qui revient aux pérégrinations de l'utérus et qui consacre tout son ouvrage à faire de l'hystérie une maladie de lubricité, une affection hon-

teuse et à rendre les hystériques des objets de dégoût ou de pitié! » On verra plus loin que Charcot a relevé ce passage et en a fait un reproche à Briquet.

Comme Ambroise Paré, Louyer-Villermay signale « des écoulements qui surviennent à la fin de l'accès et forment quelquefois crise ou guérison. »

Louyer-Villermay distingue nettement l'hystérie de l'hypocondrie, témoin le passage suivant : « L'hystérie est une affection distincte, *sui generis*; telle fut l'opinion générale des premiers maîtres de l'art, et même de tous les médecins pendant plusieurs siècles. Il ne fallut rien moins que le prestige d'un grand nom pour remplacer cette vérité par une erreur frappante. Sydenham, le premier, avança que les affections hystériques et hypocondriaques étaient une seule et même maladie, ou plutôt que l'hystérie était l'hypocondrie des femmes. Non seulement cette opinion erronée eut force de loi dans l'esprit de ses contemporains, mais elle domine encore de nos jours dans une partie du monde médical. »

PUJOL (1804) est le premier, qui ait professé que l'hystérie n'est point une maladie sans matière, une névrose, mais qu'elle dépend d'une inflammation chronique ou d'une irritation de l'utérus, dont il a toujours pu constater les signes. Il a développé avec un rare talent les preuves, qu'il a rassemblées à l'appui de son opinion. (*Essai sur les inflammations chroniques*). Il signale la *douleur ovarienne* spéciale à l'hystérie, comme l'avait fait Lorry.

BROUSSAIS (1838) reproduit la doctrine de Pujol, sans la formuler d'une manière aussi nette, ni aussi explicite.

GEORGET (1795-1828) s'est rangé de l'avis de Lepois, Willis, et Sydenham : il précise que l'encéphale est le foyer primitif et principal de la maladie. Georget, qui avait été interne à la Salpêtrière, était un observateur profond; son livre (1) contient

(1) *De la physiologie du système nerveux et spécialement du cerveau,*

des descriptions cliniques remarquables pour l'époque ; ses notions de diagnostic différentiel de l'hystérie avec l'épilepsie sont encore de notion courante dans l'hospice où il les observait.

Georget base son opinion sur ce que « beaucoup de malades, atteints d'effroyables attaques, ont cependant les fonctions nutritives en bon état, présentent, dans l'intervalle, un embonpoint et une fraîcheur remarquables ; les suites ordinaires de l'hystérie, qui persistent un grand nombre d'années, sont le plus souvent des lésions de l'intelligence, des sens et des mouvements volontaires ; dans le principe de la maladie, les organes de la nutrition présentent rarement des désordres permanents notables ; l'hystérie se complique parfois d'épilepsie ou de catalepsie ; presque toutes les causes sont des affections morales violentes : toutes ces circonstances, dit-il, ne nous forcent-elles pas à admettre l'opinion de Lepois et de Willis et de considérer l'encéphale comme le foyer principal de la maladie ? »

Puisque l'hystérie, dérivée de *υστέρη* matrice, n'est point une affection de l'utérus, ni exclusive au sexe féminin, qu'elle a son siège dans l'appareil cérébro-spinal, il faut, dit-il, remplacer le mot hystérie par un autre qui n'implique pas contradiction. Il propose le mot : *Encéphalie spasmodique*, ou bien encore un terme à peu près insignifiant, celui d'*attaques de nerfs*.

JOSEPH FRANCK, dans son *traité de pathologie* (1826), regarde l'hystérie comme une névrose constituée par les affections spasmodiques vagues partant de l'utérus.

DUBOIS (d'Amiens) a publié, en 1833, un ouvrage couronné par la Société royale de médecine de Bordeaux : *Histoire philosophique de l'hypocondrie et de l'hystérie* ; il y admet la théorie utérine, mais cependant avec un certain éclectisme : témoin le passage suivant p. 452 : « La matrice est donc au premier

recherches sur les maladies nerveuses en général et en particulier sur le siège, la nature et le traitement de l'hystérie, de l'épilepsie, de l'hypocondrie et de l'asthme convulsif. Paris 1821, in-8°, 2 volumes.

rang parmi les organes, qui déterminent sympathiquement des convulsions ; vient ensuite l'estomac, puis les intestins, etc. »

FOVILLE, dans l'article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (t. X, p. 295, 1833), conclut qu'il faut « considérer l'utérus comme le point de départ véritable des phénomènes, dont l'ensemble constitue l'hystérie » : c'est une névrose de la matrice.

BRODIE (1837) publie, en Angleterre, ses leçons sur les affections nerveuses locales (1) et il sait voir le rôle prépondérant de l'état mental dans le développement des troubles de l'hystérie. Comme Sydenham, il admet l'hystérie chez l'homme.

GIBERT (1840) admet, (*clinique des Névroses*) que l'hystérie comme l'hypocondrie, est le plus ordinairement due à une susceptibilité générale du système nerveux ; et ce n'est point dans une lésion locale quelconque, qu'il faut aller en chercher la source. »

Pour CHOMEL (1843), l'hystérie est une maladie essentiellement nerveuse, indépendante de l'influence utérine et qui pourrait aussi bien se développer chez l'homme que chez la femme, si l'impressionnabilité nerveuse était la même dans les deux sexes. « L'homme, dit-il, est plus exposé à l'hypocondrie, qui semble être chez lui, l'analogue de l'hystérie.

PIORRY (1794, 1879) regarde l'hystérie comme primitivement causée par une lésion du système nerveux utérin, lésion, qui a son point de départ dans les *ovaires* et qui jette consécutivement le trouble dans différentes régions de l'organisme.

Les deux traités de BRACHET et de LANDOUZY (1845, 1846) paraissent opposés l'un à l'autre : — le premier admet, comme Georget, que l'hystérie est une névrose générale, ayant son siège dans le cerveau, qu'elle affecte aussi bien les hommes

(1) Brodie. *Lecture illustrative of certain local of nervous affections.* Londres, 1837.

que les femmes; — avec le second reparaît l'affirmation de l'origine utérine de l'hystérie, et la négation à peu près absolue de l'hystérie masculine.

Le traité de Landouzy, écrit avec un rare talent, eut beaucoup de succès.

Parmi les parties complètement nouvelles, on y remarque 1° les chapitres consacrés aux douleurs (p. 92) et à la paralysie (p. 103) hystériques; 2° celui de l'anatomo pathologique (p. 163) qui compte 67 observations, l'hystérie coïncidant 57 fois avec des altérations évidentes de l'appareil générateur; 3° parmi les causes se trouvent mentionnées (p. 200) les altérations de l'appareil génital, passées jusque-là sous silence par presque tous les pathologistes; 4° expliquant (p. 212), par les rapports nouvellement connus du système nerveux cérébral, les phénomènes externes et internes si variés, qui se manifestent dans l'hystérie, l'auteur est amené à regarder l'appareil génital comme siège unique de cette névrose. Cette conclusion est basée sur l'analyse de 390 observations empruntées à 168 auteurs de tous les temps et de tous les lieux, et dont 28 appartiennent à l'auteur lui-même.

Cet important ouvrage mérite plus qu'une mention banale; on en verra plus loin la preuve.

D'après ROSTAN (1845, *leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu*), « l'hystérie, comme la plupart des névroses, est due à une modification organique des centres nerveux, du cerveau, de la moelle et peut-être aussi du système ganglionnaire, altération encore inconnue, insaisissable de sa nature, mais qui n'en existe pas moins; nous admettons, dit-il, que l'hystérie est une maladie essentiellement nerveuse. »

En 1846, SCHÜTZENBERGER publie (*Gaz. méd. de Paris*) un remarquable article (Recherches cliniques sur les causes organiques et le mécanisme de production des affections appelées hystériques) sur le rôle attribué à l'ovaire et dont voici les conclusions: — 1° Certaines excitations nerveuses locales, le plus

souvent continues, peuvent devenir la cause organique de perturbations fonctionnelles intermittentes, se traduisant sous forme d'attaques ou d'accès convulsifs plus ou moins réguliers, avec ou sans perte de connaissance, sans que les organes centraux ou le système nerveux en général soient atteints d'un état pathologique permanent démontrable. — 2° Chez les femmes, l'excitation ovarique est la cause la plus fréquente de ce genre de perturbation, dont le mode de production est analogue à celui de tous les mouvements réflexifs et s'explique par la même loi physiologique. — 3° On peut cliniquement reconnaître l'existence de cette cause et la réalité de son influence par l'excitation mécanique de l'ovaire, dont la compression profonde produit localement de la douleur et réflexivement le phénomène des attaques. — 4° D'autres excitations locales sont susceptibles de produire des phénomènes analogues et une investigation attentive pourra révéler ces foyers d'excitations locales. — 5° Pour l'ovaire, elle (la cause de l'excitation nerveuse locale) peut dépendre d'une congestion, d'une inflammation, d'une dégénérescence, ou être purement nerveuse ou névralgique...»

La publication du professeur de Strasbourg fut suivie de la thèse de MARTEL, (1848), sur le même sujet et aboutissant aux mêmes conclusions. Dix ans plus tard a paru le travail de NÉGRIER (*Recueil de faits pour servir à l'histoire des ovaires et des affections hystériques de la femme*, 1858) et plus tard encore celui de CHAIROU (*Etudes cliniques sur l'hystérie*. Paris, 1870).

La douleur ovarienne avait d'ailleurs été déjà signalée dans des temps plus éloignés par Lorry et Pujol, en France ; en Angleterre, par Skey. En France, elle l'a été de nouveau par Piorry, et, plus près de nous par Guéneau de Mussy ; en Allemagne, par Romberg. — Mais c'est Charcot qui plus tard, par son autorité et ses travaux, donna à ce symptôme toute sa valeur.

C'est en 1855 que DUCHENNE DE BOULOGNE fit paraître ses remarquables recherches sur les phénomènes électriques dans les paralysies et contractures hystériques.

Il est certainement difficile d'élucider les acquisitions véritables de la grande quantité d'écrits, que nous nous sommes efforcés de dépouiller. L'exactitude des faits relatés, la judicieuse critique des contradictions successives font de ces œuvres séculaires des documents, dont il serait injuste de méconnaître l'importance. Et on ne peut que regretter d'en voir faire presque table rase, dans un ouvrage tout moderne, qui semble nier toute la valeur des grands travaux, que nous venons de voir se succéder, dans une revue trop rapide à notre gré. On lit en effet dans le *Traité de médecine*, (Tome VI, p. 1323. Paris, 1894) : « La période véritablement scientifique et féconde, dans l'histoire de l'hystérie, est celle qui va s'étendre depuis la publication du *Traité de Briquet* (1859) jusqu'à nos jours. Elle a vu se réaliser ces deux grands progrès : 1^o la détermination précise des caractères cliniques propres aux accidents hystériques et aux syndromes si divers, qu'ils sont susceptibles de former ; ceci a permis de séparer, une fois pour toutes, l'hystérie de l'épilepsie, de la neurasthénie et des états vésaniques, avec lesquels elle était restée jusqu'alors plus ou moins confondue ; 2^o la démonstration méthodique de l'origine et de la nature psychique de la plupart de ses symptômes, et partant le classement, sans doute définitif, de cette névrose dans le cadre des maladies mentales. Ces deux ordres de notions, en même temps qu'ils ont assuré l'individualité nosographique de l'espèce morbide hystérie, indiquent suffisamment la portée pratique et l'intérêt spéculatif des travaux consacrés à son étude dans le cours de ces dernières années. »

En 1859, a, en effet, paru l'œuvre considérable de BRIQUET, fruit d'observations de quatre cent trente cas d'hystérie, qu'il avait vu passer sous ses yeux à l'Hôpital de la Charité.

L'influence de l'hérédité, du sexe, de l'âge, de l'éducation, etc., tout le chapitre étiologie y a été traité d'une façon remarquable, ainsi que le chapitre relatif au siège et à la nature de l'hystérie, où Briquet se range à la théorie de Lepois, Willis et Sydenham.

Briquet admet aussi l'hystérie masculine et considère l'hystérie comme dynamique (v. p. 15). On verra plus loin toutes les déductions statistiques basées sur ce travail, qui a vraiment fait date.

Signalons encore les divers articles de LASÈGUE, celui de la toux hystérique, l'anesthésie, l'ataxie, l'anorexie hystériques, les hystéries périphériques. Ces documents ont été réédités, en même temps qu'une leçon sur l'hystéro-épilepsie, dans les *Études médicales* publiées en 1884.

Qu'il nous suffise de citer le livre de BOUCHUT : *De l'état nerveux aigu et chronique, ou nervosisme, confondu avec l'hystérie*. (Paris, 1860) ; celui des *Nécroses* d'AXENFELD, (1863) ; dont une édition récente est due à M. HUCHARD, (Paris, 1883).

Plus près de nous, MM. BOURNEVILLE et VOULET ont étudié la *contracture hystérique permanente*, (Paris 1872). M. BOUCHARD a publié une importante étude sur *les vomissements incoercibles dans l'hystérie*. (*Mouvement médical*, juillet 1873).

En 1874, paraissent les deux articles si connus de BERNUTZ, (*Nouveau Dict. de Méd. et de Chirurg. pratiques*, t. XVIII, (1874), et de JOLLY, (*Ziemssen's Handbuch der spec. Pathol. and Therap*, t. XII, 1875) ; et, plus tard, l'article remarquable de M. GRASSET, (de Montpellier), *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Dechambre et Lereboullet, tome XV, 1888).

Les opinions de Charcot sont vulgarisées dans les études de Bourneville et REGNARD, (*Iconographie photographique de*

la Salpêtrière, 1876-1880), de PAUL RICHER, (*Etudes cliniques sur la grande hystérie, ou hystéro-épilepsie*, 1880 et 1885).

Il faut mentionner en dernier lieu : (1891) les leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme de M. PITRES, de Bordeaux, *le traité de l'hystérie* d'après l'enseignement de la Salpêtrière par M. GILLES DE LA TOURETTE, (1891), les travaux de M. PIERRE JANET, *l'automatisme psychologique*, (1889), et *Etat mental des hystériques. Les stigmates mentaux et accidents mentaux* (1892-1893). *Les hystériques* de LEGRAND DU SAULLE, (1891). *Les paralysies et contractures hystériques* de M. RICHER, (1892).

Il serait prématuré de donner actuellement une appréciation de ces travaux tout contemporains. Le nom de CHARCOT domine tout le mouvement d'opinion auquel nous assistons : ce n'est pas de nos jours qu'on peut prononcer un jugement définitif sur cette importante transformation.

Au moment où CHARCOT prit possession du service des hystériques à la Salpêtrière (1862), l'opinion de BEAU, interne à cet hospice (1836), sur la combinaison de l'hystérie avec l'épilepsie, était la seule accréditée et elle avait été adoptée par tous les auteurs qui l'avaient suivi, L'étude attentive des nombreux faits qu'il eut sous les yeux pendant plusieurs années, aidée de son grand talent de pénétration, firent rejeter par Charcot la combinaison de ces deux maladies ; elles pouvaient exister à l'état isolé chez le même individu, mais se combiner jamais ; l'hystéro-épilepsie n'était que l'hystérie pure, l'*hysteria major*, rien de plus. Il n'y a pas d'*hybride* hystéro-épileptique : « L'épilepsie ne serait là que dans la forme extérieure ; elle ne serait pas dans le fond des choses ».

Plus tard, dans ses leçons du mardi, le célèbre professeur revient encore sur ce sujet et il affirme « qu'il n'y a pas le moindre rapport entre l'épilepsie et l'hystéro-épilepsie, même à crises mixtes. » Il décrit aussi d'une façon admirable l'attaque d'hystérie et en énonce les lois pour la première fois ; il étudie

l'hyperesthésie ovarienne : on avait signalé avant lui, et plus tard mis en doute, l'influence de la pression sur la région ovarienne : Charcot démontre que cette pression peut déterminer la production de l'accès hystérique. Il fait une étude complète de l'*état de mal hystérique*, qu'il oppose à l'état de mal épileptique, le seul bien connu jusque-là. En même temps qu'il proclame l'*unité* et l'*indivisibilité* de l'hystérie, il établit d'une façon claire et presque certaine son diagnostic différentiel d'avec l'épilepsie.

Les découvertes se succédèrent presque annuellement pour le chef de l'école de la Salpêtrière ; et, pour ne parler que des principales, citons : l'étude des stigmates permanents, l'hystérie masculine, la discussion sur la pseudo-névrose traumatique, les phénomènes chimiques de l'hystérie, etc.

Ce grand mouvement ne paraît pas avoir pris fin par la perte prématurée et encore récente de Charcot. Les travaux de MM. Raymond, Ballet, Jeoffroy, Marie s'attachent à des modifications toutes récentes, qui portent, non plus seulement sur les signes et sur le diagnostic de la maladie, mais encore et surtout sur l'essence même de l'hystérie.

Ce dernier mouvement, qui relève surtout de la métaphysique, réserve peut-être à la médecine plus d'un progrès nouveau ; il est du moins de nature à faire apprécier plus correctement les conditions de l'origine et de l'évolution de l'hystérie ; il n'est pas impossible qu'il arrive à donner un démenti à Lasèque lorsqu'il a dit : « La définition de l'hystérie n'a jamais été donnée et ne le sera jamais. »

CHAPITRE II.

CE QU'EST L'HYSTÉRIE.

Le mot hystérie servait à désigner, chez les anciens, un état nerveux, qu'ils tenaient pour attribuable à l'utérus, non satisfait dans ses désirs. Cette interprétation, combattue par l'illustre professeur de Pont-à-Mousson, fut bientôt reprise encore par d'autres médecins ; mais ceux-ci n'ont fait qu'appliquer des connaissances plus modernes à une opinion très ancienne.

Briquet, confirme une opinion antérieurement formulée par Georget : « L'hystérie est une affection convulsive, apyrétique, ordinairement de longue durée, qui se compose principalement d'accès ou d'attaques, qui ont pour caractère des convulsions générales et une suspension, souvent incomplète, des fonctions intellectuelles. » (Georget, *Dictionnaire de médecin*, p. 526). C'était sa doctrine sur le siège de l'hystérie et sa consanguinité pathologique avec l'épilepsie et l'aliénation mentale ; mais ses arguments en faveur du siège encéphalique de l'hystérie furent combattus par l'école physiologiste ; et il faut arriver plus près de nous pour avoir une conception plus précise de cette affection.

Les documents sur l'hystérie abondent ; et il semblerait qu'il suffit au critique d'ouvrir un des principaux ouvrages récents sur la question, pour connaître, avec la définition, la nature

même de cette entité morbide; mais « *la définition de l'hystérie, a dit Lasègne, n'a jamais été donnée et ne le sera jamais.* »

L'hystérie est une maladie *protéiforme* par excellence; ses limites insaisissables confinent à celles de la vie normale; elle a été longtemps considérée comme une maladie étrange, capricieuse, à symptômes si variables, qu'elle défiait toute description. Et cependant son autonomie n'est pas douteuse; des faits soigneusement observés ont permis de déterminer ses lois et ses caractères et de reconnaître, sous cette affection, une maladie vraie, dont l'incohérence est plus apparente que réelle.

La littérature moderne s'est plu à tracer de l'hystérie des tableaux, où l'imagination avait la plus grande part, grossissant ou travestissant les faits, pour créer une hystérie de convention. Or, l'hystérie n'a rien à voir « avec cette névrose de fantaisie, faite d'érotisme et de cabotinage, dit M. Pitres (1) dont on trouve la description complaisante dans certains romans contemporains. »

L'hystérie paraît aussi ancienne que l'humanité; et les écrits des siècles précédents nous en montrent la fréquence. Elle n'est même pas le produit d'une civilisation raffinée, ni l'expression d'un tempérament plus ou moins érotique, quasi déshonorant pour les malheureuses victimes qui en sont affectées.

L'hystérie est une maladie vraie, dont les phénomènes sont régis par des lois rigoureuses; elle possède un certain nombre de caractères qui lui sont propres; elle a son cadre, ses signes, ses différences et ses analogies; ses contours en sont diffus mais cependant assez nets pour être délimités pour qui sait la reconnaître. L'hystérie est *une et indivisible*, a dit Charcot. Elle peut se superposer à une autre affection nerveuse, mais se confondre jamais.

Cependant ce principe d'unité et d'indivisibilité de l'école de

(1) Pitres, *Leçons cliniques sur l'hystérie*. Paris 1891.

la Salpêtrière a été jadis froidement accueilli en Angleterre et en Allemagne. M. Pierre Marie (1) nous apprend en effet « qu'un certain nombre de médecins allemands, et cela se voit du reste à leurs diagnostics, se refusent à admettre que l'hystérie soit une maladie véritable, ayant, comme toute autre maladie, nerveuse ou non, son histoire naturelle, ses lois, sa symptomatologie régulière. A les en croire, ce serait une sorte de *noli me tangere*, dont tout nosographe un peu sérieux devrait soigneusement éviter le contact. »

Plusieurs auteurs, même parmi les élèves de la Salpêtrière, semblent admettre une certaine dissociation de l'hystérie. « Sans doute, dit M. Pierre Janet, il arrivera un moment, où l'hystérie sera démembrée, et il n'est pas impossible de prévoir dès maintenant certaines subdivisions qui s'établiront plus tard. » Dernièrement, il écrivait : « Une maladie n'est pas pour nous une entité immuable, facilement reconnaissable ; c'est une classification de symptômes groupés pour la commodité de notre esprit. » Pour M. Janet, (2) « l'hystérie n'est qu'un *syndrome*, un ensemble de faits groupés dans une idée générale. (Dallemagne) »

Dans un livre, remarquable à plus d'un titre, qu'il vient de faire paraître, M. Dallemagne (3) résume (p. 433) sa conception de l'hystérie, qu'il appelle « une dissociation fonctionnelle de la plupart des départements nerveux. » On la comprendra « comme synthétisant des déséquilibres partiels, se traduisant dans les divers domaines de l'activité sympathique et centrale. Et l'autonomie, les caractères distincts de chacun des territoires en cause permettront, non seulement, de comprendre les hystéries, mais encore d'arriver à l'intelligence des variétés si nombreuses que compte le monde des hystériques. »

(1) Pierre Marie. L'hystérie en Allemagne, *Progrès Médical*. Paris, 1887.

(2) Pierre Janet. *Les accidents mentaux de l'hystérie*, 1894.

(3) Dallemagne. *Dégénérés et déséquilibrés*. Bruxelles, 1894.

Malgré ces réticences, combattues du reste récemment par un clinicien de valeur, Strumpell(1), l'hystérie est une maladie bien nette, ayant des caractères scientifiquement établis.

Si la difficulté est grande de donner une définition courte et précise de l'affection, — à cause de sa différence d'aspect d'un malade à l'autre, et même de ses aspects successifs et différents chez le même sujet, — plusieurs auteurs ont essayé d'en donner une définition clinique, en groupant les caractères spéciaux des manifestations hystériques et en traçant comme un cadre à la névrose.

MM. Mœbius et Strumpell considèrent comme hystériques toutes les modifications malades du corps, qui sont causées par des représentations mentales et définissent cette névrose « un ensemble de *maladies par représentation* ». Cette conception ne peut s'appliquer qu'à certains accidents hystériques, non à tous. MM. Oppenheim, Jolly, Pierre Janet ont fait remarquer qu'un grand nombre de syndromes hystériques ne semblent pas dépendre d'une représentation mentale, sur le jeu des idées subconscientes, etc. (Dutil).

M. Grasset, avant de définir l'hystérie, et pour préciser l'idée qu'il se fait de la maladie, la résume en quatre grands principes : — 1° L'hystérie est une névrose, c'est-à-dire qu'on n'en connaît pas la lésion caractéristique ; — 2° La fugacité des symptômes fait une place à part à l'hystérie, même parmi les autres névroses ; — 3° Prise dans son ensemble, l'hystérie est une névrose du système nerveux tout entier. Cerveau, bulbe, moelle, nerfs périphériques (sensitifs et moteurs), nerfs viscéraux, tous les départements du système nerveux peuvent être le siège du processus inconnu qui constitue l'hystérie ; — 4° Un dernier principe, moins généralement admis, mais auquel, pour sa part, il est fortement attaché, a trait à l'étiologie de l'hystérie.

(1) Strumpell. *Congrès de médecine interne*. Wiesbaden, avril 1893.

Pour lui, l'hystérie, comme les autres névroses, est le plus souvent (je dirais toujours, si j'allais jusqu'au bout de ma pensée, dit-il) *symptomatique*. M. Grasset n'admet pas les anciennes divisions en essentielle, sympathique ou symptomatique. « En cherchant bien, on trouve toujours, derrière l'hystérie, soit une maladie locale, soit, le plus souvent, une maladie générale comme l'arthritisme ou la tuberculose. » (Grasset).

Pour M. Grasset, ce point de doctrine est capital, « parce qu'il vivifie l'histoire clinique de cette névrose considérée dans l'hérédité et dans la famille, et parce qu'il est la condition d'un traitement rationnel et vraiment complet de la maladie. »

Pour résumer ces principes, M. Grasset conclut que « l'hystérie est une névrose, (c'est-à-dire une maladie à lésions actuellement inconnues et, en tout cas, fugaces), tenace dans son fond, mais mobile, et, en général, peu profonde dans sa forme, qui peut se localiser sur toutes les parties du système nerveux, dont les symptômes peuvent appartenir, par suite, à toutes les fonctions de ce grand appareil, et qui enfin, au point de vue nosologique et étiologique, est le plus souvent symptomatique d'un état général diathésique. »

M. Pitres s'est efforcé de réaliser ce qu'il appelle lui-même une définition clinique : « L'hystérie, dit-il, est une névrose, dont les accidents très variés ont pour caractères communs : 1° de ne pas être sous la dépendance directe de lésions organiques ; 2° de pouvoir être provoqués, modifiés ou supprimés, par des manœuvres externes ou par des causes purement psychiques ; 3° de coexister en nombre variable ; 4° de se succéder sous différentes formes et à différentes époques chez les mêmes sujets ; 5° de ne pas retentir gravement sur la nutrition générale et sur l'état mental des malades qui en sont atteints. » Certes le cadre est délimité d'une main sûre ; mais l'étude du contenu, faite par le détail, démontre ce qu'a de trop absolu encore cette délimitation.

M. Pitres, devant la difficulté de donner une définition claire

et précise de l'hystérie, résume sa pensée dans les lignes suivantes : « En réalité, ce mot d'hystérie est un vocable abstrait, par lequel on désigne, non pas un être pathologique à physionomie distincte et uniforme, mais une foule d'accidents nerveux, en apparence très différents les uns des autres, bien qu'ils appartiennent à une seule et même famille naturelle. *Passio hysterica*, disait Galien, *unum nomen est, varia tamen et innumerabilia accidenta sub se comprehendit*. Et Galien avait raison, ajoute M. Pitres, car les cliniciens n'ont jamais affaire à l'entité hystérie, ils ne voient et ne traitent que des accidents hystériques. »

C'est, du reste, au sujet de la définition de l'hystérie, que MM. Axenfeld et Huchard (1) ont dit, depuis longtemps : « ce qu'elle y gagne d'apparente rigueur, elle le perd en exactitude véritable. »

Quelques médecins ont élevé leurs préoccupations au-dessus d'un simple exposé de caractères symptomatiques ou diagnostiques ; impuissants à déterminer une lésion anatomique correspondant à l'entité morbide, ils ont été amenés à faire de l'hystérie une sorte de maladie de l'esprit : il n'est pas sans intérêt de les suivre de près sur ce terrain, qui confine à la philosophie, et de rechercher quelles sont les facultés de l'âme qui ont été tour à tour mises en cause.

Pour M. P. Janet, « l'hystérie est une *psychose* appartenant au groupe des maladies mentales par insuffisance cérébrale ; elle est surtout caractérisée par des symptômes moraux : le principal est un *affaiblissement* de la faculté de synthèse psychologique. »

Charcot avait déjà dit : « Il faut prendre l'hystérie pour ce qu'elle est, c'est-à-dire pour une *maladie psychique* par

(1) Axenfeld et Huchard : *Traité des névroses*. Paris, 1883.

excellence (1).» « Dans ces conditions, ajoute M. Gilles de la Tourette, on comprend qu'il doive forcément exister un état mental hystérique faisant partie, à l'instar des stigmates permanents, du fonds commun de la névrose », et ailleurs « l'état psychique de l'hystérique résume à peu près toute la pathologie mentale, depuis le délire aigu le plus franc, jusqu'à la monomanie chronique la mieux caractérisée. »

M. P. Janet (2) a récemment repris les idées contenues dans ses travaux antérieurs, en les résumant dans une synthèse psychologique dont il fait l'essence même de l'hystérie : *le rétrécissement du champ de la conscience*.

Dans deux brillants articles de critique et d'exposition, M. Janet (3) résume sa conception de l'hystérie dans la formule suivante: « l'hystérie est une forme de la désagrégation mentale, caractérisée par la tendance au *dédoubllement permanent et complet de la personnalité*. » Telle est la conception de M. P. Janet. Elle est appuyée sur des travaux de grande valeur.

Pick (4) considère l'hystérie comme un *rétrécissement du champ de l'attention, de la perception et de l'impulsion motrice*.

Laurent (5), en 1893, appelle l'hystérique un rétréci mental. (Dallemanne),

Personne ne paraît avoir mieux apprécié l'importance de l'émotion morale vive, pour faire éclore et pour empêcher de guérir certaines manifestations de l'hystérie, que, M. Freund.

(1) Prof. Dr Benedikt, *Hypnotismus und Suggestion*. Leipzig und Wien, 1894.

(1) *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, t. I, 1887, p. 205.

(2) Pierre Janet : *L'automatisme psychologique*, Paris, 1889.

(3) Pierre Janet : Définition de l'hystérie. *Archives de neurologie*, 1893.

(4) Pick : Ueber die sogenante, etc. « Conscience musculaire » (*Zeitsch. für Psych. und Phys.*, 1891).

(5) Laurent : *Les états seconds*, Paris, 1893.

Il a fait une communication au *Club médical de Vienne* (séance du 11 janvier 1893), sur le *mécanisme psychique des phénomènes hystériques*.

M. Freud a étudié, avec M. Breuer, le mécanisme psychique intime de diverses manifestations hystériques en apparence spontanées. Cette étude n'est pas toujours facile ; et, pour arriver à connaître la cause efficiente du phénomène hystérique, on est quelquefois obligé d'endormir le malade, pour savoir les conditions exactes dans lesquelles le symptôme hystérique s'est manifesté pour la première fois.

Les recherches, faites dans cette direction, ont montré que l'apparition des phénomènes hystériques de n'importe quelle nature : analgésie, contracture, convulsions, paralysies, etc., est toujours provoquée par une cause appréciable, dont voici quelques exemples : — Une jeune fille, en mangeant, éprouve une douleur dans l'estomac et est prise de vomissements qui durent pendant des mois. — Un homme assiste au redressement d'une jointure ankylosée et, au moment où il entend le craquement caractéristique, il est pris d'une vive douleur dans la hanche, douleur qui persiste pendant une année. — Une jeune fille, qui veillait un malade, s'endort, son bras pendant sur la chaise. Elle se réveille avec une monoplégie et de l'aphasie. Elle veut prier, mais elle ne se rappelle qu'une prière en anglais, et dès lors oublie sa langue maternelle et ne parle plus qu'anglais pendant plusieurs mois. — On peut guérir ces états par le rappel de l'événement, qui a été le point de départ, la cause efficiente du phénomène hystérique ; mais pour cela il faudrait avoir recours à l'hypnose.

La cause efficiente, un événement enregistré dans la mémoire de l'hystérique, agit probablement à la façon d'un corps étranger, qui pénètre et reste dans un point de l'organisme. Tant qu'il n'est pas extrait, il continue à agir ; et il en est de même d'un événement, qui, s'il n'est pas effacé de la mémoire, exerce une influence sur l'état psychique de l'hystérique. La double

conscience des auteurs modernes existe à l'état rudimentaire chez tous les hystériques et conduit à des états de conscience pouvant être désignés sous le nom d'hypnoïdes. — A la proposition: l'hypnose est de l'hystérie artificielle, on pourrait en opposer une autre: l'existence des états hypnoïdes est la base et la condition essentielle de l'hystérie. Les états hypnoïdes ont de commun avec l'hypnose l'intensité des représentations mentales évoquées (souvenir). — Le mécanisme psychique des attaques hystériques ou hystéro-épileptiques serait le même que celui des phénomènes hystériques permanents.

Il faudrait toutefois se garder de penser, qu'il en soit toujours ainsi. On sait bien des manifestations hystériques, qui apparaissent et suivent leur évolution sans avoir l'intensité d'émotion et la ténacité de souvenirs sur laquelle insiste M. Freud. Il ne faudrait pas qu'un petit nombre de cas très particuliers fit perdre de vue les éléments de la causalité principale et vraie de l'hystérie et les indications prépondérantes qui dominent tout son traitement.

M. le Dr Sollier, dans une communication qu'il a faite au Congrès de Rome (avril 1894), sur la nature de l'hystérie, termine par la conclusion suivante: « L'hystérie est due tout entière, que ses manifestations soient d'ordre intellectuel, moteur ou sensitivo-sensoriel, à un affaiblissement des centres sensitivo-sensoriels, puisqu'il suffit de réveiller l'activité de ces centres pour voir disparaître tous les accidents hystériques. » C'est une tentative nouvelle de la localisation de l'hystérie dans les centres cérébraux. M. Luys avait, huit ans auparavant, hasardé une opinion plus concrète devant l'*Académie de médecine de Paris*, (5 octobre 1886.) Il a cru trouver, chez les hystériques, certaines dispositions insolites dans différentes parties du cerveau. Au niveau de la partie supérieure du sillon de Rolando viendrait un pli supplémentaire du lobe ovalaire, qui pénétrerait entre la pariétale et la frontale ascendantes. On pourrait aussi trouver un extrême développement

des lobes carrés des deux côtés. M. Luys s'est demandé si ces anomalies cérébrales ne seraient pas causes de l'hystérie.

Dans son enseignement de l'université de Bruxelles, M. le D^r Dallemagne a fait de curieuses tentatives pour avancer cette question de la localisation de l'hystérie dans les centres cérébraux. On remarquera la complexité des raisonnements, des discussions, des dissertations, des comparaisons, des assimilations et surtout des hypothèses, qu'il faut faire entrer en ligne pour donner une apparence de valeur à cette théorie, qui nous paraît être le dernier mot de la localisation cérébrale de l'hystérie. Quelques faits cliniques, ou quelques descriptions anatomo-pathologiques feraient mieux l'affaire de la critique moderne (1).

(1) « L'explication psychologique de l'hystérie nous paraît, enseigne M. Dallemagne, tout d'abord soulever quelques objections essentielles. Malgré des protestations préalables, elle semble limiter le champ-d'action de la névrose à l'écorce elle-même. Car, en comprenant la collectivité des manifestations réunies sous le nom de stigmates et d'accidents mentaux avec l'ensemble des modalités de la névrose, il est facile de s'apercevoir qu'il reste peu de chose de l'hystérie en dehors de ces formes psychiques. Or, nous pensons que la localisation corticale est trop restreinte et que l'axe encéphalo-médullaire tout entier prend part au déséquilibre hystérique. La théorie psychologique érige ensuite l'idée à la hauteur d'un facteur spontané, autonome, alors que l'idée est pour nous le reflet pur et simple d'une modification sous-jacente. L'écorce en effet, ne fait, à notre avis, que traduire dans le champ de la conscience, l'activité qui se passe sous elle dans le restant de l'arbre cérébro-spinal. Ce rétrécissement du champ de la conscience, dont on fait la pierre angulaire du mécanisme psychologique de l'hystérie, n'a pas de valeur plus essentielle que l'idée fixe elle-même.

» Tous deux sont des témoins, des comparses, que rien n'autorise à prétendre au premier rôle. L'attention elle-même, ne nous apparaît que comme l'indice d'une tension sous-jacente à l'écorce. La distraction, qui en est la négation, ne peut donc aspirer à l'autonomie, à l'activité indépendante. D'un autre côté, au point de vue strictement physiologique, nous avons dit que les centres psycho-moteurs de l'écorce avaient d'autres fonctions que celle de contracturer et de paralyser les membres. Et, de même,

Pour en terminer avec les opinions des auteurs, qui ont fait de l'hystérie une maladie exclusivement psychique, et pour montrer comment une partie importante de l'école de la Salpêtrière entend aujourd'hui considérer la nature de l'hystérie, nous croyons utile de relater textuellement un passage du

nous pensons que les territoires sensoriels corticaux ne sont pas ceux qui président aux sensations brutes, à la sensibilité générale.

» Les explications psychologiques de l'hystérie pèchent donc, selon nous, par une absence de rigueur physiologique et par la substitution des épiphénomènes aux causes réelles du déséquilibre névropathique.

» Du reste, dans son extension la plus large, l'hypothèse psychologique rencontrerait encore dans l'hystérie, un grand nombre de manifestations, dont ne rendent compte, ni les idées fixes, ni les altérations de la personnalité des malades. M. Pitres (*leçons cliniques sur l'hystérie*, 1891) a très bien démontré la chose pour les agents œsthésiogènes. Et il serait facile de trouver, dans le champ de la névrose, quantité de faits, qui ne se plient point aux hypothèses d'un trouble cortical essentiel et primordial.

» La nature des prodromes et des auras indique la mise en activité de sensibilités spéciales à caractères indéterminés, telles que nous nous les figurons localisées dans les ganglions sous-corticaux. Un grand nombre de perturbations douloureuses, telles que les myalgies, les névralgies faciales, crâniennes, abdominales et autres, ne sont que les irradiations dans le champ de la conscience de troubles périphériques. La série des réactions vaso-motrices est à son tour tributaire de désordres fonctionnels, cantonnés dans les segments inférieurs de l'axe encéphalo-médullaire, voire même dans les territoires du sympathique.

» La dissociation des sensibilités implique, avant tout, une dissociation fonctionnelle dans les appareils de réception; et leur substitution les unes aux autres est incompréhensible avec le seul concours de l'écorce. Car, dans ce dernier cas, il faudrait tout l'enchaînement d'un mécanisme psychique très complexe, dont le dernier terme seul aboutirait à la conscience. Cette opération nécessiterait tout d'abord la reconnaissance de la première des sensations, la mise en jeu d'un processus d'association, et la substitution de l'une à l'autre dans le champ de la perception consciente. Et finalement on s'aperçoit, qu'au lieu d'une limitation de l'activité mentale, c'est une étendue exagérée et anormale de cette dernière, que l'hypothèse psychologique impliquerait forcément. Cette argumentation, du reste, s'applique à peu près intégralement à la plupart des manifestations hystériques. La disposition des couleurs, le rétrécissement du champ visuel, la simulation des différentes maladies organiques nerveuses, tout cela se passant dans

rapport de M. Ballet au Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes, tenu à Clermont-Ferrand (août 1894), au sujet des rapports de l'hystérie et de la folie.

« Avant d'étudier les rapports de l'hystérie et de la folie, il convient de déterminer ce que l'on doit entendre par ces deux

le champ de la conscience, c'est la conscience de l'hystérique soumise à la vigilance perpétuelle, son activité décuplée par la nécessité de reconnaissances et de substitutions d'une complexité extraordinaire.

» Ce n'est donc pas, nous semble-t-il, dans l'écorce, qu'il faut chercher le siège des déséquilibres essentiels, qui caractérisent l'hystérie ; deux séries de phénomènes forment, pour ainsi dire, un double centre d'attraction, vers lequel convergent toutes les manifestations de la névrose : ce sont les phénomènes de sensibilité et de motricité.

» Mais sensibilité et motricité constituent des propriétés répandues un peu partout dans l'axe cérébro-spinal, et il est nécessaire de préciser. Il nous paraît que, dans l'hystérie, seule la sensibilité brute, tant générale que sensorielle, est en cause. Pour la sensibilité générale, la chose s'impose d'emblée ; mais, pour les sensibilités spéciales, le fait semble tout d'abord moins évident. Cependant, en ce qui concerne la vue, que remarque-t-on ? Ce qui se réduit, se sont les propriétés générales de la vision, la perception de la lumière, la perception des couleurs. C'est une réduction quantitative, doublée d'une réduction qualitative, des éléments primordiaux de la fonction. Or, la vision met en œuvre plusieurs centres. L'accommodation, par exemple, se règle par un mécanisme différent de la perception. Le sens de la vue a dû débiter par une impression vague, s'affiner par des perceptions de plus en plus précises pour aboutir par voie d'association à la perception consciente. Chacune de ces étapes aurait, avons-nous dit précédemment, réclamé des localisations différentes. Malgré leur haute portée, nous ne pouvons plus longuement développer ces idées. Nous les résumons en disant que, dans l'hystérie, les troubles de la sensibilité intéressent tout spécialement les sensations brutes. Nous aimons, du reste, à nous placer en cette matière sous le couvert d'un clinicien et d'un expérimentateur de très grand mérite, M. le professeur Pitres, de Bordeaux. Déjà tantôt, nous vous avons signalé sa manière de voir à l'égard de l'évolution de la sensibilité. Nous localisons différemment la sensation brute, mais ainsi que lui, nous la considérons « comme une sorte d'émotion mal définie, accompagnée de plaisir et de douleur, sans idéation concomitante ».

» Quant aux troubles moteurs, ils n'ont, selon nous, rien à voir avec les volitions motrices, dont les résidus forment les substratums des zones rolandiques. Ils traduisent simplement, à notre avis, et souvent d'une

termes. Le mot *folie* ne doit pas être considéré ici simplement comme synonyme de délire, il faut lui donner une acception plus large ; avec Foville, je désigne par le terme de folie l'état de toutes les personnes, qui ne jouissent pas de l'intégrité de leurs facultés intellectuelles, morales et affectives.

façon schématique, les déséquilibres affectifs émotionnels, dont nous parlions à l'instant.

» Or, il faut se rappeler le rôle que nous avons, dès le début de ces leçons, assigné au ganglion de la base, les fonctions motrices du corps strié, les propriétés affectives et sensibles de la couche optique. Nous conservons la hiérarchie que nous avons établie entre les divers segments de l'axe encéphalo-médullaire, on imaginera dès lors la névrose comme localisée à ces ganglions opto-striés et basiques ; enfin on ne perdra pas de vue l'influence qu'exerce la tension des centres sous-corticaux sur l'activité de l'écorce elle-même ; et il nous semble que le problème physiologique de l'hystérie va s'éclaircir d'un jour nouveau.

» Les anesthésies, les hyperesthésies, se passeraient dans la couche optique. Il y aurait là comme une interruption des fibres conductrices de la sensibilité vers le champ conscient de l'écorce. Toutefois nous ne voulons rien céder des difficultés d'un autre ordre, qui semblent s'opposer à cette localisation. Jusque dans ces derniers temps, les histologistes les plus compétents, parmi lesquels il faut citer Meynert, Wernicke, Forel, Obersteiner, Edinger, admettaient la terminaison du ruban de Reil, portion considérable du faisceau sensitif, dans les tubercules quadrijumeaux et la couche optique. Cette disposition a été renseignée par mon prédécesseur, M. le Dr Warnots. Or, récemment, une opinion nouvelle s'est produite en opposition avec l'ancienne formule. Hoesel, *Neurolog Centralbl* 1890, à l'aide de recherches pratiquées sur le cerveau d'une femme épileptique, prétend démontrer l'épanouissement direct du faisceau sensitif dans les zones corticales. Van Gehuchten dans ses belles leçons sur le système nerveux de l'homme, (Louvain. 1893) partage cette manière de voir. Soury développant longuement ces vues nouvelles, (*le faisceau sensitif. Rev. gén. des Sciences*, mars-avril, 1894), rappelle en outre certaines observations cliniques, et invoque particulièrement l'autorité de Déjérine. *Revue neurologique* mars 1893. Le savant neurologue français concluait en effet, récemment, que « les centres de la sensibilité générale, y compris le sens musculaire, occupent les mêmes parties de l'écorce que les centres moteurs ». Nous ne pouvons examiner ici les détails de la question histologique. Disons cependant que M. Mahaigne de Liège, oppose catégoriquement ses préparations à celles de Hoesel, *Neurolog. Centralblat*, 1893.

» Quant à l'hystérie, tous les auteurs tendent à admettre qu'elle est une *maladie mentale* : c'est un fait avéré, que les troubles qui la constituent sont d'ordre psychique et ont pour point de départ certaines représentations mentales trop fortes, ou des associations d'idées trop faciles ou trop actives. Il y a

Il résulte des recherches de notre distingué compatriote, pratiquées au laboratoire de Forel, qu'il n'existe aucune raison décisive pour motiver l'abandon de l'ancienne théorie. Dans sa controverse avec Hoesel, Mahaine maintient positivement l'existence de relations indiscutables entre le faisceau sensitif et la couche optique. Et hâtons-nous d'ajouter que ces relations n'infirmen en aucune façon une localisation ultime et corticale de la sensibilité générale. Elles créent simplement à la couche optique une situation intermédiaire et permettent de lui assigner, selon l'expression de M. le professeur Heger, un rôle de défense effective et permanente de l'écorce vis-à-vis des milieux tant intérieur qu'extérieur.

» Le déséquilibre pourra frapper la couche optique de deux manières : en hypéresthésiant les centres ganglionnaires, le déséquilibre provoquera vers l'écorce des irradiations anormales troublant son autonomie et son mécanisme intime ; le déséquilibre qui, par asthénie, enrayera la progression centripète, laissera l'intellect inerte et comme assoupi. Les phénomènes moteurs involontaires ne seront qu'une répercussion de la couche optique sur le corps strié ; l'influx ne passera pas par les centres psycho-moteurs ; et, s'il y diffuse, sa faible intensité ne mettra en jeu que les propriétés conductrices des zones rolandiques.

» La désintégration des personnalités s'expliquera du fait de cette dissociation de l'écorce et des centres sous-jacents. L'idée fixe ne sera plus que l'expression de l'asthénie des ganglions de la base, dont la tension minima réduit l'idéation à son minimum. Car l'idée fixe traduit tout aussi bien la faiblesse des centres voisins, que l'excès de tension du substratum où elle siège. Le rétrécissement de tous les champs sensoriels, des perceptions et du moi, aura sa raison d'être dans cette espèce d'interruption, qui ne laisse arriver à l'écorce que des impressions réduites ou affaiblies.

» Enfin l'étiologie émotive de l'hystérie trouvera également une explication dans cette localisation sous-corticale. L'action prépondérante des passions, des abus sexuels et autres, semble rationnelle et simple avec un tel mécanisme. L'impressionnabilité, l'instabilité émotive des névrosées se déduisent d'elles-mêmes dans notre conception physiologique de l'hystérie. Et nous croyons même que, sans dépasser les bornes d'une spéculation autorisée, il est permis de pousser plus loin

plus. Les idées qui président à la genèse des manifestations de l'hystérie restent en dehors du champ de la conscience : d'où cette conséquence que, chez l'hystérique, deux personnalités sont toujours en présence : l'une, constituée par les agrégats de phénomènes subconscients ; l'autre, la personnalité consciente, qui recevra le contre-coup de ce qui se passe chez la première. Cette désagrégation du moi, qui met en présence deux activités différentes, l'une consciente, l'autre automatique, nous donne la clef de la plupart des accidents mentaux de l'hystérie ; qu'on ait affaire à un spasme, à une idée fixe, à l'attaque, ou au délire, tous ces troubles paraissent résulter, non d'une simple représentation mentale telle qu'on en observe dans la vie psychique normale, mais d'idées, souvenirs, ou images, qui, à l'insu du malade, surgissent du fond de l'inconscient.

» Ce n'est pas tout : ces souvenirs et ces images, négligés par la conscience, peuvent se grouper et s'organiser de façon à constituer par leur ensemble, des agrégats psychologiques nou-

cette conception de la dissociation fonctionnelle que traduit l'hystérie : nous pensons que cette dissociation va au-delà des perturbations des relations de l'écorce et de la base. Les divers segments de l'axe nerveux, y compris les voies sympathiques, peuvent subir de ces dissociations fonctionnelles. L'équilibre, qui préside à leurs rapports, à leur dépendance, se rompt souvent partiellement dans la névrose ; et les ruptures partielles, régionales, locales, ont peut-être une importance plus considérable qu'on ne le suppose à l'heure présente ; elles pourraient bien être à la base de la plupart des modifications émotives et psychiques de l'hystérie ; elles ne seraient même pas étrangères, selon nous, aux perturbations nutritives, qui nous renseignent les névroses comme des poussées d'auto-intoxication sur un système nerveux déséquilibré ; elles nous fourniraient souvent, rationnellement, une explication de ces aberrations fonctionnelles qui créent à l'hystérique une physiologie à part ; elles justifieraient les vues de ceux qui, comme Grasset, voient encore dans l'hystérie, malgré les brillants travaux de Janet, « une névrose du système nerveux tout entier ».

» Nous ne croyons pas, malgré l'intérêt de la question, être autorisé à pousser plus loin les hypothèses. (Dallemagne.) »

veaux, qui entrent en lutte avec la personnalité consciente, et, dans certains cas, la terrassent et l'annihilent momentanément. Ainsi sont constitués les états de condition seconde ou de somnambulisme.

» Les notions qui précèdent résument l'état actuel de nos connaissances sur la nature de l'hystérie : elles tendent à nous la faire envisager comme une désagrégation des éléments de l'esprit avec *rétrécissement du champ de la conscience* et conservation des phénomènes subconscients et automatiques.

» C'est à la lumière de ces notions cliniques ou psychologiques, qu'il devient possible de démêler, dans l'ensemble des troubles mentaux, complexes, qu'on a, à tort ou à raison, rattachés à l'hystérie, ceux qui relèvent véritablement de cette névrose ou ressortissent à d'autres maladies psychiques. » (Ballet).

Qu'il nous soit permis de jeter un coup d'œil rétrospectif et d'examiner si cette théorie, exclusivement psychique, est capable de s'adapter à l'interprétation de toutes les formes de l'hystérie ; — si la double personnalité de l'hystérique, si l'idée fixe, le rétrécissement du champ de la conscience, l'absence ou l'affaiblissement de la volonté peuvent suffire à expliquer, par exemple, les convulsions ; — si la moelle, dont la subordination au cerveau est réelle et bien certaine dans les conditions physiologiques normales, ne peut pas être mise en cause isolément et produire des mouvements désordonnés d'ordre irritatif, lorsque son action n'est plus contrebalancée et pondérée par celle du cerveau ; — si l'action du grand sympathique lui-même ne peut pas être invoquée dans certains cas, qu'elle soit due à un processus morbide, dont la nature est tout aussi inconnue que celle du cerveau, pour les auteurs qui font de l'hystérie une maladie exclusivement psychique ou à un phénomène réflexe.

L'hystérie n'a-t-elle pas été considérée tantôt comme le résultat d'une excitabilité exagérée du système nerveux, ou, comme le veut M. Féré, celui de l'épuisement nerveux ? Nous n'en voulons pour preuve que le résumé d'une commu-

nication de cet auteur à la Société de Biologie (mai 1890) cherchant à prouver les analogies, qui existent, entre l'état de fatigue et l'hystérie. M. Féré a, en effet, appelé l'attention sur les caractères dynamographiques du tracé que l'on obtient chez un sujet fatigué. — Dans ce cas, avec l'ergographe de Mosso, par exemple, qui, comme on le sait, inscrit les mouvements d'un seul doigt, on obtient une courbe en escalier. — Chez les hystériques le tracé présente les mêmes caractères — immédiatement, — et avant toute fatigue.

Lasègue, avec son grand sens clinique, a distingué la part qui revenait au cerveau de celle qui appartenait à la moelle dans les manifestations de l'hystérie. Les *Etudes médicales*, (tome second, p. 66) précisent bien son enseignement :

« Sans entrer plus avant dans la pathologie générale d'une maladie (l'hystérie), qui exige à la fois tant d'études d'ensemble et de détail, on est autorisé à admettre que l'hystérie est d'origine centrale ou périphérique.

» Dans le premier type, c'est le cerveau, ou la moelle, qui donne le mouvement. Il est hors de doute que les phénomènes de provenance encéphalique ou spinale peuvent se combiner, mais il ne l'est pas moins qu'on les observe isolément. Certaines malades sujettes aux crises convulsives les plus accentuées sont exemptes de troubles de l'intelligence, du caractère, ou du sentiment ; d'autres, préservées des convulsions, des spasmes, des hyperisthésies ou des anesthésies des membres, n'ayant jamais eu d'attaques proprement dites, offrent les attributs exclusifs des désordres cérébraux, depuis la moindre perversion mentale jusqu'au délire confirmé. »

On le voit, Lasègue sépare nettement les phénomènes psychiques des désordres moteurs ; les premiers peuvent exister sans que les seconds se manifestent ; mais, pour Lasègue, les troubles de la motilité peuvent être sous la dépendance de la moelle sans que le cerveau y participe, ce qui différencie sa doctrine

d'avec celle de l'école de la Salpêtrière, qui semble admettre l'origine exclusivement cérébrale.

Pour Legrand du Saulle, « l'absence de lésions anatomiques visibles après la mort ne prouve pas que, pendant la vie, il n'a pas existé de troubles matériels du système nerveux, tels que des hyperhémies, ou des ischémies, localisées en tel ou tel point du système nerveux. Il donne comme exemple l'explication possible de l'hémianesthésie par un trouble circulatoire portant sur le point le plus reculé de la capsule interne, comme l'a fait observer M. Ballet.

Legrand du Saulle admet encore, avec Lasègue, une hystérie centrale et des hystéries périphériques. — Dans le premier type, dit Lasègue, c'est le cerveau et la moelle qui donnent le mouvement. — En regard, se placent les manifestations de l'hystérie périphérique. « Topographiquement elles sont locales, non symétriques, n'ayant aucune tendance à le devenir, se fixant dans des régions limitées et desservies le plus ordinairement par un appareil nerveux également restreint. » Elles peuvent se traduire par des troubles de la sensibilité ou par des perversions du mouvement ; « mais elles ne se localisent pas au hasard et *succèdent toujours à une irritation locale prémonitoire, antécédente, douloureuse ou non.* » (Lasègue.)

Legrand du Saulle, rappelant en cela des auteurs plus anciens, qui représentent la femme comme un être fait de sensibilité et d'affectivité et se rapprochant de ceux qui ont dit que l'hystérie n'était que l'exagération de la sensibilité naturelle de la femme, considère l'hystérie « comme consistant essentiellement dans la *prédominance des sentiments affectifs* sur l'intelligence et, en particulier, sur la volonté ; et il fait jouer un grand rôle aux émotions morales. Celles-ci exagéreraient les conditions psychiques de l'hystérique, de même qu'un effort puissant de la volonté pourrait faire disparaître subitement des symptômes invétérés, grâce à la concentration

de l'intelligence vers un but désiré et longtemps attendu. Legrand du Saulle précise et fait mieux ressortir que Lasègue le rôle de la moelle, rôle qui permet de comprendre différents symptômes de la névrose, « qui s'expliqueraient insuffisamment par un simple trouble cérébral. » — « Les contractures et les spasmes par exemple, dit-il, paraissent dépendre directement de l'hyperkinésie spinale, qui est la conséquence obligée, — les expériences physiologiques le démontrent, — de la diminution de l'action du cerveau et du rôle de modérateur, que cet organe exerce normalement à l'égard de la moelle. » Mais où l'auteur se rapproche des principes admis par M. Féré, c'est lorsqu'il dit « qu'il ne faut pas oublier que toute exaltation de fonction — portée à un haut degré ou longtemps prolongée, — aboutit, par suite de fatigue, à une diminution et même à une abolition de cette fonction (névrosisme de Jaccoud). C'est vraisemblablement ainsi, dit-il, qu'il faut expliquer la possibilité de certaines paraplégies flaccides. »

Après avoir tenté de donner les éléments de physiologie morbide qui regardent l'hystérie, Legrand du Saulle la définit dans la phrase suivante :

« En résumé, on peut dire que l'hystérie consiste physiologiquement dans l'AMOINDRISSEMENT de certaines facultés cérébrales (VOLONTÉ), ayant comme effet corrélatif ou parallèle l'EXAGÉRATION d'autres facultés (AFFECTIVITÉ), et aboutissant à la RUPTURE DE L'ÉQUILIBRE, qui existe normalement, entre les fonctions cérébrales et médullaires. Il s'agit, comme on l'a dit, d'une *ataxie cérébro-spinale* (Jaccoud), ou, suivant une expression tout récemment proposée par M. Huchard, d'une *neurataxie*. »

Il est impossible de toucher à la question des troubles psychiques de l'hystérie sans se trouver en présence des discussions de philosophie dans ses rapports avec la psychologie.

Personne n'ignore combien sont divisés ceux qui discutent ces hautes questions, qui mettent en opposition les observateurs les plus considérables. Sans doute il serait facile de côtoyer ces questions brûlantes, d'éviter de mettre en opposition les nombreux auteurs qui se sont attachés à cette étude, en confinant toujours le terrain controversé sans y pénétrer jamais. Rien n'est plus loin de notre pensée que la prétention de mettre tout le monde d'accord en semblable occurrence. Nous ne le tenterons, ni par une controverse, ni même par un silence trop facile. Au risque de heurter les opinions contraires, nous dirons sans ambage ce qui est notre pensée ou plutôt notre conviction. Sur elle repose la conception, que nous avons pu nous faire, de ce qu'est l'hystérie.

Dans cet exposé, que les uns pourront trouver trop long et hors de propos, que d'autres critiqueront, en raison même de sa concision, nous aurons du moins exprimé catégoriquement notre doctrine philosophique, qui a le mérite de compter un certain nombre de partisans : c'est, nous le savons, celle de beaucoup de médecins spiritualistes de notre temps.

Pour l'école spiritualiste, dont il s'agit, le composé humain résulte de l'union de l'âme et du corps : l'âme est spirituelle c'est-à-dire immatérielle et simple ; le corps est matériel et composé d'éléments complexes, qui relèvent de la compétence de l'anatomiste, du physiologiste et du médecin ; les deux, par leur union, ne forment qu'un seul être, qui est l'homme.

La même philosophie reconnaît dans l'homme des facultés de deux ordres bien distincts : les facultés organiques d'une part, les facultés inorganiques d'autre part.

Parmi les facultés organiques se trouvent, non seulement les cinq sens dits externes, (odorat, vue, ouïe, goût, tact), mais encore les sens dits internes, comme l'imagination, la mémoire sensible, l'instinct, l'appétit matériel, qui sont, aussi bien que les sens externes, des manifestations de l'activité du composé humain. Ces facultés organiques reposent sur le fonctionnement

de divers organes, composés eux-mêmes d'éléments complexes; ces facultés peuvent donc être entravées dans leurs manifestations, soit par des lésions anatomiques, soit aussi par des troubles fonctionnels. Elles peuvent en outre être désordonnées par défaut d'une équitable répartition de leur importance et même de leur coordination. C'est ce qu'on observe dans plus d'un état morbide : le manque de mesure, la perte de la pondération est précisément l'un des caractères les plus incontestés de l'hystérie.

Les facultés inorganiques comprennent : l'intelligence, la volonté, la conscience ; elles sont les manifestations de l'activité de l'âme seule. De même que l'âme est simple, de même les facultés inorganiques sont elles-mêmes simples. Elles ne peuvent être partiellement intéressées, comme il arrive lorsqu'on peut mettre en cause un trouble organique ou substantiel. Lors qu'on prend le soin de les bien différencier d'avec les autres, les facultés inorganiques demeurent simples ; elles sont, ou ne sont pas ; chacune peut être affaiblie dans son activité, jamais dans son essence ; dans aucun cas une faculté inorganique ne peut perdre aucune partie de ce qu'elle est.

Cette dernière distinction a une importance prépondérante. Il faut, en effet, ne jamais le perdre de vue : l'intelligence, la volonté et la conscience ne peuvent s'exercer que sur des objets. Le substratum objectif est fourni à l'homme par les facultés organiques, soit de l'ordre des sens externes, soit de l'ordre des sens internes. Qu'il s'agisse d'hallucination, de surmenage, d'émotions morales vives, ou de tous autres troubles similaires, c'est une faculté organique, qui se trouve mise en cause la première ; c'est après coup seulement, qu'apparaît le retentissement dans l'exercice des facultés purement spirituelles. Et il est vrai de dire que, dans les psychoses, la maladie ne siège réellement pas dans une faculté inorganique.

Sans doute, la question est parfois complexe ; et on peut éprouver quelque difficulté pour caractériser la faculté orga-

nique, qui est le véritable siège, le point de localisation d'une psychose envisagée dans sa forme concrète.

En principe, (puisque nous avons dit plus haut que les troubles en question ont toujours leur siège dans une faculté organique), nous acceptons qu'ils sont localisables et même réellement localisés : mais la difficulté est pour nous de découvrir ce lieu. Depuis la création et les développements de l'anatomie pathologique, on trouve de plus en plus souvent la localisation du processus morbide dans l'élément matériel, dans le corps. Nous croyons qu'il sera possible de le découvrir un jour pour l'hystérie ; mais nous constatons qu'en réalité cette découverte n'est pas encore passée dans l'ordre des faits acquis.

Pour éclairer notre pensée, résumons ici une théorie philosophique, trop souvent oubliée dans cette question : elle est basée sur les notions de psychologie qui précèdent.

Lorsqu'on observe le fonctionnement normal d'une faculté sensible ou conscience sensible, (il ne s'agit, ni de l'intelligence, ni de la volonté, ni de la conscience proprement dite), on voit cette faculté de l'âme saisir l'objet d'une manière complète et adéquate. — Pour atteindre ce résultat, il est nécessaire que l'objet ne frappe la faculté sensible, ni trop fort, ni trop peu, ni trop uniformément. L'intensité, l'insuffisance ou l'uniformité de l'impression diminue la conscience sensible ; elle peut même la supprimer. — En effet, il y a dans l'homme une quantité déterminée d'activité, qui s'y trouve d'abord à l'état potentiel pour fonctionner en temps opportun. Dans l'état normal, il existe une situation d'équilibre et une équitable répartition, qui pondère le jeu des facultés sensibles. — Il n'en est plus de même dans l'état pathologique. S'il y a hyperfonction ou exagération dans le fonctionnement d'une faculté, une quantité trop grande d'activité se trouve accaparée par la faculté dont il s'agit ; cet accaparement de l'activité disponible de l'âme se fait au préjudice du fonctionnement des autres facultés sensibles ; il y a même des cas où l'hyperfonction devient excessive au point

qu'elle neutralise le fonctionnement des autres facultés sensibles de l'âme : ainsi s'explique, d'une part, l'état déséquilibré des hystériques, l'hyperacuité visuelle, l'hyperacuité auditive, l'hyperesthésie cutanée, et même l'apparent dédoublement de la personnalité, et, d'autre part, les anesthésies, les paralysies, l'automatisme, l'état de subordination, la suggestibilité facile et une excessive réceptivité d'impressions externes communiquées, qui les conduisent sans mesure à des actes désordonnés de joie ou de tristesse, et, comme conséquence, à des impulsions également dénuées de toute pondération.

Ce qu'est l'hystérie demeure donc une question étrangement complexe, peut-être même obscurcie par les controverses contemporaines, autant que par les discussions du passé.

L'expression *psychose* ne tient pas compte de la totalité des manifestations de l'hystérie, dont on ne peut méconnaître les troubles moteurs et sensoriels. C'est pourquoi, au lieu du terme spécifique « *psychose* », nous croyons devoir préférer l'expression générique « *névrose* », tout en regrettant qu'un autre mot n'exprime pas la prépondérance des troubles psychiques dans l'ensemble des symptômes de l'hystérie. Elle passe vraisemblablement par des phases successives d'asthénie et d'hyperfonction ; et elle occupe tour à tour des sièges successifs à ses diverses phases chez un même malade, comme le montrent les manifestations variées de la névrose.

L'évolution de l'hystérie serait impossible, s'il n'existait au préalable un état constitutionnel, soit héréditaire similaire ou par transformation, soit personnellement acquis par une maladie, par des excès, du surmenage, ou d'autres misères physiologiques.

L'occasion du début de l'hystérie peut se rencontrer dans une émotion morale vive, dans l'évolution, rarement aiguë, le plus communément prolongée, d'un processus morbide localisé dans le système nerveux, ou dans l'appareil digestif, ou dans les organes génitaux.

En résumé, pour bien juger de ce qu'est l'hystérie, — il faut tenir compte de son apparente localisation temporaire, — plus encore de l'hérédité et de l'état constitutionnel; — il faut surtout déceler la cause déterminante de son évolution — et le motif qui en entretient les manifestations.

De semblables considérations, qui peuvent paraître oiseuses, sont cependant les seules qui soient réellement acquises par les données scientifiques contemporaines : ce sont, en même temps, les seules indications thérapeutiques réellement prouvées et de nature à conduire aux éléments d'un traitement établi sur des bases rationnelles.

CHAPITRE III.

DES CAUSES DE L'HYSTÉRIE.

Avant de passer rapidement en revue les causes de l'hystérie, il n'est pas sans intérêt d'examiner, à un point de vue général, la différence qui existe entre l'homme et la femme, tant sous le rapport de leurs fonctions, que sous le rapport de la susceptibilité de leur système nerveux. On y trouvera la raison de la plus grande fréquence de l'hystérie chez la femme. Nous en emprunterons les arguments à l'article *Hystérie* de Bernutz (*Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*).

L'économie est subordonnée, dans les deux sexes, au rôle qui est départi à chacun d'eux dans la conservation de l'espèce. — A l'homme est dévolue la rude tâche de défendre sa famille et de pourvoir à ses besoins : pour cela il a été doué d'une grande énergie physique et morale. — La fonction de la gestation, qui est départie à la femme, domine, on peut le dire, toute son économie, qui est tout appropriée à la pénible fonction de la maternité.

L'incubation intra-utérine, l'accouchement et l'allaitement, qui constituent, au point de vue organique, les devoirs de la maternité, ne sont absolument représentés par aucune fonction chez l'homme ; il en résulte qu'il y a une physiologie toute différente dans les deux sexes, et qu'il existe, en particulier, dans le sexe féminin, des conditions toutes spéciales d'hématose, qui relie, de la manière la plus intime, la fonction

génitale aux autres éléments de la vie végétative. Ces dispositions toutes particulières, liées à la condition qui est faite à la femme, pendant toute la période sexuelle, d'avoir tantôt à subvenir à son entretien seulement, tantôt à cet entretien et en même temps au développement d'un nouvel être, qui s'est greffé à elle, se traduisent, d'une part, par une désassimilation moindre pendant toute la durée de l'inter-menstruation, et d'autre part, par une excrétion sanguine périodique, synchrone à l'ovulation. (Bernutz).

La gestation, l'accouchement, l'allaitement déterminent chez la femme un état physiologique spécial auquel concourt l'économie toute entière ; on voit ainsi chez elle se succéder en vingt-quatre mois les quatre états physiologiques différents : de la grossesse, de la parturition, de la lactation, et, après celui-ci, de l'état de vacuité, qui pourra, au bout d'un temps indéterminé, être de nouveau interrompu par une conception.

Aussi est-on forcé de reconnaître que l'organisme féminin est bien plus modifiable que celui de l'homme et jouit d'une facilité de transformation très remarquable, lequel contraste avec la fixité et la stabilité, qui caractérise l'organisme masculin. Malheureusement, comme l'observe Bernutz, l'apparente supériorité de l'organisme féminin, qu'entraîne l'incubation intra-utérine, est compensée, (comme dans tout instrument à articulations multiples), par une force de résistance moindre et surtout par une harmonie moins bien assurée des diverses parties qui le composent.

« Il résulte de là que le système nerveux est tenu, chez la femme, à une plus grande activité que chez l'homme, par les impressions organiques, bien plus multiples, qu'il doit transmettre, et par les actes organiques, bien plus nombreux, qu'il doit inciter en retour de ces impressions, enfin à cause du consensus qu'il doit établir, — non-seulement entre les actes de la vie végétative, — mais encore entre ceux-ci et ceux de la fonction génitale, auxquels les premiers prennent une si

large part — et qui se trouve, par suite, exposé chez la femme à des perturbations bien plus fréquentes bien et plus nombreuses que dans le sexe masculin. — La subordination, moins bien assurée, des trois grands appareils qui composent le système nerveux : encéphale, axe cérébro-spinal et grand sympathique, en rend l'harmonie bien plus précaire que chez l'homme, et fait craindre de voir ses diverses parties fonctionner indépendamment l'une de l'autre d'une manière désordonnée, ce qui constitue le caractère primordial de l'hystérie. » (Bernutz).

La prédisposition à cette névrose, qui résulte, chez la femme, des conditions organiques complexes qu'entraîne la fonction génitale, est encore augmentée par la prédominance, chez elle, des facultés affectives sur les autres facultés cérébrales, en particulier sur la volition.

Cette prédominance des facultés affectives détermine en elle des impressions psychiques très multiples et très vivement ressenties ; celles-ci viennent, à leur tour, retentir tumultueusement sur le système nerveux et le mettre bien plus souvent en émoi que celui de l'homme. La vivacité et la multiplicité des impressions psychiques et, corrélativement, la spontanéité et la variabilité des réactions intellectuelles qu'elles déterminent, tendent à rendre incertain l'équilibre du système nerveux, et viennent ajouter une nouvelle cause d'instabilité à celles qui résultaient déjà de l'intime connexité des fonctions de la vie végétative et de la fonction génitale.

« L'encéphale, vers lequel, comme centre régulateur du système nerveux, doivent venir converger les impressions organiques, d'une part, et psychiques de l'autre, qui sont bien plus nombreuses et plus vives chez la femme, et duquel doit partir l'incitation pour tous les actes organiques, si multiples, que suscitent ces deux sortes d'impression, doit remplir d'autant plus difficilement sa fonction, qu'elle est plus complexe. » Or, chez la femme, la diversité des états physiologiques, auxquels elle est soumise, fait prévoir la

complexité des fonctions du système nerveux tout entier. Il y a là une dépense de forces, qui ne peut se produire qu'au détriment de l'énergie fonctionnelle. — On voit dans les deux sexes, quand celle-ci vient à baisser au-dessous d'une certaine limite, soit dans la convalescence d'une maladie aiguë grave, soit après des pertes de sang considérables, se produire des troubles nerveux intéressant, les uns, l'intelligence, les autres, la musculature et la sensibilité, d'autres enfin, la nutrition et la calorification, et qui font momentanément ressembler, sous beaucoup de rapports, des hommes, antérieurement de la plus grande impassibilité physique et morale, à des femmes hystériques. — La dépense imposée à l'encéphale chez la femme par la multiplicité des impressions physiques et morales, est encore accrue par les actes organiques qui relèvent de la fonction génitale. Il suffit, par suite, dans le sexe féminin, d'une maladie qui porte une atteinte comparativement légère à l'hématose, (et elles y sont très communes,) ou d'une peine morale dépressive qui diminue l'énergie fonctionnelle de l'encéphale, (elles y sont très fréquentes,) ou même d'une disposition originelle, agissant dans le même sens, que peut produire l'existence chez les ascendants, soit de l'hystérie, soit de l'épilepsie, soit de l'aliénation, etc., pour voir, sous l'influence d'une cause parfois insignifiante, cesser l'harmonie du système nerveux. Une fois l'équilibre rompu, le premier trouble fonctionnel qui se produit, prépare, pour ainsi dire, la manifestation d'un suivant ; et on voit, sous l'influence des troubles dynamiques qui se succèdent, le système nerveux arriver à un équilibre aussi instable, que celui de la balance folle, auquel il peut être comparé dans l'hystérie grave. (Bernutz).

A l'état normal, les fonctions de l'encéphale, de l'axe cérébro-spinal et du grand sympathique sont subordonnées l'une à l'autre ; dans l'hystérie, cet équilibre est rompu, les trois grands appareils, fonctionnant indépendamment l'un de

l'autre d'une manière désordonnée, il donne lieu à une ataxie des plus remarquables, qui constitue un des principaux caractères de l'affection.

Ces notions générales sur les causes diverses de l'excitabilité seule, ou de l'épuisement rapide, du système nerveux chez la femme, permettent d'envisager avec plus de clarté quelques-unes des causes de l'hystérie qu'il importe de bien examiner.

Nous adoptons la classification de M. Gilles de la Tourette. Nous appellerons d'abord l'attention sur l'importante cause de l'hérédité ; nous passerons ensuite rapidement en revue celles que l'on est convenu d'appeler « *agents provocateurs*. »

Hérédité.

La cause primordiale de l'hystérie, enseigne Charcot, est l'hérédité ; que celle-ci soit *similaire* : mère hystérique, fille hystérique ; qu'elle agisse par *transformation*, le ou les générateurs, ou leurs ascendants, étant atteints d'une affection nerveuse autre que l'hystérie elle-même. — A côté de l'hérédité, il n'existe que des *agents provocateurs* de la névrose. (Gilles de la Tourette). Frédéric Hoffmann avait déjà dit : « *In fœminis malum hystericum... in liberos per nativitatem transire, constantis semper et perpetuæ fuit observationis.* »

Les statistiques de Briquet, portant sur un grand nombre de cas, sont, au point de vue de l'hérédité comme à beaucoup d'autres, très intéressantes à consulter. « On trouve, dit-il, (p. 82) que pour 351 hystériques, dont les familles composent un ensemble de 1.103 personnes, 430 hommes et 673 femmes, il s'est trouvé parmi les ascendants et les collatéraux 214 hystériques, 13 épileptiques, 16 aliénés, 1 delirium tremens, une paraplégie, 3 somnambules, 14 maladies convulsives et 10 cas d'apoplexie. En tout 272 cas d'affection des centres nerveux pour 1.103 personnes, ou près de 25 pour 100 ; et, comme il a

existé un certain nombre de mères et de sœurs, dont les antécédents n'ont pu être connus, et que, parmi elles, il s'en trouvait nécessairement quelques-unes atteintes de ces maladies, on peut donc porter le chiffre au nombre rond de 25 personnes atteintes d'affections de l'encéphale sur 100 parents, c'est-à-dire presque un quart. »

L'hérédité directe est bien plus puissante. « Les sujets nés de parents hystériques sont, par le fait de l'hérédité, douze fois plus prédisposés à l'hystérie que les sujets nés de parents non hystériques. Il est clair que, plus l'hystérie aura eu d'intensité chez les parents, plus les enfants auront de chances de devenir eux-mêmes hystériques. La moitié des mères hystériques donne naissance à des hystériques. Une fille, qui naît d'une mère hystérique, a un peu plus d'une chance de devenir hystérique, et moins de trois de ne pas le devenir. Enfin, dans la majorité des cas, il n'y a, dans une famille, que l'une des filles qui soit hystérique ; dans un nombre un peu moindre, il y en a 2, et dans un plus petit nombre encore il y en a 3. » (Briquet, p. 90).

Ce caractère familial peut revêtir une forme encore plus prononcée, puisque M. Gilles de la Tourette a observé dans le service de Charcot, 4 filles hystériques sur 5 dans la même famille ; Landouzy a vu 5 sœurs et Bernutz 6 filles nées d'un père épileptique être atteintes d'hystérie.

La statistique d'Hammond triple presque le chiffre de 25 pour 100 d'antécédents héréditaires donnés par Briquet. Etudiant l'hystérie chez l'homme, Ratault (1) put rassembler dans le service de Charcot, 218 cas d'hystérie chez l'homme. Sur 100 cas « l'hérédité pathologique a été constatée 77 fois et n'a pu être démontrée dans les 23 autres cas. Le calcul est tout à fait d'après ces données, et nous admettons que 77 pour

(1) *Contribution à l'hystérie chez l'homme*. Paris 1885.

100 des hystériques mâles sont issus de souches névropathiques sur lesquelles il ne saurait planer aucun doute. » On le voit, la part de l'hérédité serait beaucoup plus prononcée chez l'homme que chez la femme. M. Bitot, dans sa thèse (1) relate 22 cas d'hystérie chez l'homme et donne à l'hérédité à peu près la même proportion que celle de M. Batault.

L'hérédité, et l'hérédité directe particulièrement, manifeste son influence d'une manière plus évidente encore chez les enfants. « En résumé dit Briquet, sur 80 cas d'hystérie chez les enfants d'un à douze ans, il s'est trouvé 58 cas d'hystérie chez les parents, 2 cas d'aliénation mentale, 3 cas d'épilepsie. Cela donne une proportion de 28 1/2 pour 100 de parents hystériques, épileptiques ou aliénés. » On le voit, l'hérédité est encore plus fatale chez les enfants que chez les adultes.

Georget avait admis aussi comme prédisposés à l'hystérie, « non seulement les sujets issus d'hystériques, mais ceux qui sont issus d'épileptiques, d'aliénés, d'hypocondriaques, de sourds ou d'aveugles de naissance, enfin de parents qui ont été frappés d'apoplexie ou d'une maladie cérébrale quelconque. »

On peut encore, à ce sujet, rapporter le résumé de Déjérine (2). « L'hystérie ne se combine pas seulement » dans la succession héréditaire, « avec l'épilepsie et l'aliénation mentale ; elle peut s'associer à la chorée, à la maladie de Basedow, à l'ataxie locomotrice progressive (Vulpian), à toutes les névroses, à tous les états névro et psychopathiques, graves ou légers. Disons donc, pour résumer, que l'hystérie peut-être considérée comme la plus héréditaire des névroses ; qu'elle affecte des relations intimes avec tous les états névro et psychopathiques ; qu'elle peut s'associer, se combiner avec

(1) *Hystérie mâle dans le service de M. le prof. Pitres*. Bordeaux, 1886.

(2) *L'hérédité dans les maladies du système nerveux*. Thèse d'agrégation 1886.

eux ; qu'elle peut en être la transformation, ou à son tour se transformer en eux, montrant, peut-être mieux que n'importe quelle névrose, les connexions qui la relie à la grande famille névropathologique. Disons enfin que l'hérédité semble d'autant plus grave, d'autant plus fortement accentuée, que l'hystérie éclate dès l'enfance ou chez l'homme. »

La cause essentielle, primordiale, de l'hystérie, c'est donc l'hérédité. L'école de la Salpêtrière l'a élevée presque à la hauteur d'un dogme. Il faut faire remarquer cependant, qu'elle n'a admis d'héréditaire et d'indispensable, que la *prédisposition*.

Il reste à examiner si, en dehors de l'hérédité névropathique, on peut faire intervenir un autre facteur héréditaire, si les connexions de l'hystérie ne s'étendraient pas même au-delà de la famille névropathologique : l'arthritisme, par exemple, ne pourrait-il pas engendrer l'hystérie chez les descendants ? « Rien n'est plus vrai, dit M. Grasset (1), en ratifiant les conclusions de Déjerine ; mais ce n'est pas tout. Outre cette hérédité névropathique similaire ou hétérogène, qui est incontestable, je dois signaler, comme facteur étiologique de l'hystérie, l'hérédité diathésique, que l'on n'admet guère dans les classiques, mais que je crois, pour ma part, cliniquement démontrée. » Plus loin le même auteur y revient et y insiste : « quand on s'élève au-dessus de la simple constatation du fait actuel ou récent chez l'hystérique, quand on scrute l'évolution complète de la vie pathologique chez l'individu et dans sa famille, on est frappé des relations intimes qui unissent l'hystérie aux grandes diathèses. Comme nous l'avons dit ailleurs, les diathèses sont des états constitutionnels, qui se retrouvent dans une série de générations de la même famille et chez un certain nombre de sujets de la série ; elles peuvent se manifester par des névroses. »

M. Grasset étudie spécialement les rapports de l'hystérie avec les diathèses tuberculeuse et arthritique.

(1) M. Grasset, *Dictionnaire de médecine*, 1889.

M. Grasset admet que l'hystérie est tributaire de la tuberculose, comme la chorée du rhumatisme, l'angine de poitrine de la goutte, la migraine de diverses diathèses. Dans un travail spécial qu'il a consacré aux rapports de l'hystérie avec les diathèses scrofuleuse et tuberculeuse, il a réuni quarante-quatre observations en deux groupes : le premier (25 cas) comprenant les faits dans lesquels la névrose était la seule manifestation de la diathèse tuberculeuse ; le second (19 cas) comprenant les faits dans lesquels les sujets présentaient, soit à la fois, soit successivement, des manifestations thoraciques et des phénomènes névrosiques. — Ce n'est point l'avis de MM. Huchard et Mossé : ils croient à de fausses phtisies chez des hystériques ou à de fausses hystéries chez des phtisiques ; — MM. Brachet et Debove admettent une simple coïncidence. — MM. Bernutz et Jolly ne voient dans la phtisie des parents qu'une cause d'affaiblissement physique ou de privation morale ; — MM. Briquet, Tartivel, Féré, Pidoux, Walshe, Leudet et Largaud voient seulement l'antagonisme entre l'hystérie et la tuberculose. — Plus tard, M. Huchard y revient encore : il voudrait trouver dans l'arthritisme la souche commune de la tuberculose et de l'hystérie. La diathèse tuberculeuse ne serait point la seule qu'on trouve derrière l'hystérie ; l'arthritisme s'y rencontre au moins aussi souvent, sinon plus, quelquefois aussi la syphilis. (On trouvera plus loin ce qui se rapporte plus spécialement aux infections proprement dites.)

Quoi qu'il en soit, M. Grasset termine son intéressant paragraphe (*Dict. encyclop.* 1889, p. 258) par cette phrase : « Si on ne comprend pas les névroses sans voir leurs relations mutuelles, s'il est indispensable en neuropathologie de considérer la famille névropathique, il faut aller encore plus loin et compléter tout cela par la famille diathésique en dehors de laquelle on ne verra que des unités isolées et éparses, sans réalité vivante. »

L'école de la Salpêtrière refuse de souscrire à la thèse du

professeur de Montpellier : elle ne reconnaît à l'hystérie qu'une origine exclusivement névropathique.

La tentative de M. Grasset, ouvrait la brèche, où tout le cortège des hystéries toxiques devait passer; elle détruisait ainsi l'hystérie une et indivisible de Charcot. — L'école de la Salpêtrière ne méconnaît pas les associations de la diathèse urique, de l'arthritisme, de la syphilis, de la tuberculose (4), à la diathèse névropathique; mais « il n'y a pas de relation de cause à effet; il n'y a que des associations symptomatiques plus ou moins fréquentes; c'est une question de terrain et non de graine » précise M. Déjérine. — M. Féré dit à son tour : « La famille névropathique est une; cependant elle n'est point complètement isolée des autres groupes pathologiques : mais ses alliances avec les dégénérescences et les maladies de la nutrition ne font qu'accentuer la fatalité inexorable de son évolution. » — M. Gilles de la Tourette résume ainsi l'idée de son maître : « L'arthritisme, l'alcoolisme ou la syphilis des ascendants ne font que préparer, chez les enfants, l'éclosion du germe nerveux héréditaire resté latent chez les parents, tout en n'existant pas moins; en dehors de la famille névropathique, l'hystérie n'a pas de racines. » — C'est une manière absolue de nier toute autre hérédité, que celle des états névropathiques.

M. Dallemagne hésite « en face d'un pareil absolutisme. Nous avons quelque peine, dit-il, à nous faire à l'idée d'un germe nerveux; et nous nous sentons plus porté à étendre le cadre étiologique à toute la série des causes renseignées dans notre tableau des facteurs de la dégénérescence : 1° causes exclusives au milieu, 2° à l'individu, 3° communes au milieu et à l'individu; dans ces dernières sont rangées pour l'individu : les dispositions

(1) La tuberculose classée parmi les maladies infectieuses ne peut plus désormais prendre rang parmi les diathèses; elle y est remplacée par le lymphatisme, qui en est la principale condition prédisposante.

héréditaires : hérédité vésanique, névropathique, pathologique, comprenant : alcoolisme, syphilis, tuberculose, rhumatisme, goutté, diabète ; les dispositions constitutionnelles, pour le milieu, (physique, social). Nous pensons que dans ces matières, il n'existe point de démarcation aussi rigide, aussi géométrique. Tout se tient, tout s'engendre dans le domaine de la pathologie. Certes les transformations ne se font point au hasard, et, entre ces transformations, il existe des liaisons intimes et des relations lointaines ; mais notre esprit se refuse à toute tentative d'isolement des différents domaines pathologiques. Nous continuerons donc à regarder l'hystérie comme rattachée à la dégénérescence autant par son étiologie que par ses manifestations.» Cette opinion voisine de l'enseignement de M. Grasset est trop explicite pour qu'il n'en soit pas tenu compte.

D'ailleurs, M. Grasset lui-même le remarque : l'absolutisme n'est pas tout à fait irréductible. On le voit en effet : (p. 257.) « M. Déjérine admet, en passant, les relations du nervosisme et de l'arthritisme, et montre que l'on peut trouver dans l'hérédité ascendante des hystériques « une mère migraineuse, arthritique, atteinte d'asthme, d'accès d'angine de poitrine, neuro-arthritique. » Mais M. Déjérine n'insiste pas. » (Grasset).

Si, pour terminer, on envisage l'hérédité au point de vue du rôle du père et de celui de la mère, on voit ces deux éléments se rapprocher de l'égalité. Il n'est pas rare, en effet, de voir le père léguer la diathèse, pendant que mère lègue la disposition névropathique, — et l'hystérie se trouve alors chez l'enfant la résultante d'une double et complète hérédité. (Grasset.)

Influence de l'âge.

Enfants. — L'hystérie est fréquemment observée dès l'enfance, chez les petites filles et même chez les jeunes garçons.

Ch. Lepois avait déjà signalé cette fréquence. « *Enim vero*

experientiae fide emultae puellulae vivunt hystericis tentativae symptomatibus ante duodecim ætatis annum..»

Landouzy cite 48 cas développés de 10 à 15 ans.

Briquet, sur 430 observations, cite 87 cas ayant débuté pendant l'enfance : 31 pendant le tout jeune âge — 3 à 5 ans, etc., les chiffres les plus élevés sont de 7 à 8 ans (11) et de 11 à 12 ans (17).

La thèse d'Helsingfors (1) inspirée par Charcot, paraît être, comme statistique, le travail le plus complet sur l'hystérie infantile. Elle signale pour 272 observations le début de la maladie comme suit : Dès la plus tendre enfance : 19 filles 1 garçon — à 3 ans, 1. g. — à 4 ans, 1 f. 1 g. — à 5 ans, 4 f. 2 g. — à 6 ans, 3 f. 2 g. — à 7 ans, 15 f. 4 g. — à 8 ans, 16 f. 6 g. — à 9 ans, 15 f. 7 g. — à 10 ans, 18 f. 15 g. — à 11 ans, 24 f. 17 g. — à 12 ans, 22 f. 13 g. — à 13 ans, 27 f. 16 g. — à 14 ans, 12 f. 8 g. — à 15 ans, 3 g. — total : 176 f. 96 g. = 272. « L'influence du sexe se montre avec évidence dans les chiffres ci-dessus, ajoute M. Cloppatt dans sa thèse sur l'hystérie infantile. Mais la proportion des jeunes filles est, en réalité, plus grande qu'on ne pourrait conclure de ce tableau ; car, d'une part, cette statistique ne comprend pas tous les cas cités par Briquet ; d'autre part, on trouve mentionnées, dans la littérature, plusieurs épidémies d'hystérie dans les écoles, pensionnats de jeunes filles, etc., dont nous n'avons pas tenu compte. »

Le tableau précédent montre que le nombre des cas d'hystérie chez les filles est à peu près double de celui des garçons, et qu'elle augmente progressivement de 5 à 13 ans.

Sexe féminin. — Adultes. — Nous ne reproduirons pas le tableau, indiqué par presque tous les auteurs qui traitent la question d'étiologie ; il est emprunté à Briquet et porte sur 820 cas. Il suffit de transcrire le résumé que Briquet

(1) *Etudes sur l'hystérie infantile.* Helsingfors, 1888. (en français).

donne lui-même : « Il serait difficile, dit-il, de trouver entre des observations prises à des sources si diverses, (Landouzy 355 cas, Georget 21, Beau, 18, Briquet 426), une concordance plus parfaite que celle que l'on peut remarquer entre les quatre séries de chiffres que je viens de présenter ; car, à part les cas d'hystérie chez les enfants, il existe entre elles, pour tout le reste, une harmonie complète. On voit les chiffres qui les composent aller croissant dans la même proportion depuis le jeune âge jusqu'à vingt ans, époque à laquelle ils atteignent leur maximum, pour décroître très rapidement de vingt à vingt-cinq ans, devenir ensuite très faibles, tout en restant réguliers, de vingt-cinq à quarante ans, et enfin se trouver encore plus faibles et complètement irréguliers de quarante à soixante ans. » (Le chiffre le plus élevé des quatre colonnes du tableau de Briquet est celui qui correspond à la période de 15 à 20 ans. Il donne pour Landouzy 105 cas — pour Georget 7, pour Beau 7 — pour Briquet 140).

L'âge de prédilection pour le développement de l'hystérie paraît donc être celui de l'instauration menstruelle, ou, d'une manière plus générale, l'époque de la puberté.

L'influence de la ménopause comme cause étiologique de l'hystérie est diversement appréciée par les auteurs. M. Grasset croit qu'il est rare qu'une femme devienne hystérique seulement à la ménopause ; mais il est au contraire fréquent de voir à cet âge-là une hystérie, assoupie ou disparue, reprendre un nouvel essor.

Au-delà de la ménopause l'hystérie devient exceptionnelle, et elle le devient d'autant plus, qu'on se rapproche de la vieillesse.

Sexe masculin. — Adultes. — Selon MM. Ratault et Clopatt, c'est, d'une façon générale, entre 10 et 20 ans que la névrose se manifeste le plus fréquemment chez les jeunes garçons.

En subdivisant cette période de dix ans en deux séries de

cinq années chacune, on trouve dans le tableau de Ratault (192 cas) : pour la 1^{re}, soit de 10 à 15 ans, 44 cas ; et pour la seconde, soit de 15 à 20 ans, 94 cas. Ce sont exactement les mêmes conditions que chez la femme.

M. Gilles de la Tourette dit, qu'en faisant appel à ce qu'il a pu observer dans le service de Charcot, il lui a semblé que l'hystérie chez l'homme paraissait peut-être se développer plus tardivement que chez la femme. « Cela, du reste, n'infirme en rien, dit-il, les statistiques précédentes ; car il faut tenir compte des causes provocatrices, qui, comme on le verra, sont un peu différentes dans l'un et l'autre sexe ; en particulier le traumatisme, les intoxications, agents révélateurs si fréquents de l'hystérie masculine, et qui s'exercent surtout dans la période adulte de l'existence. Ce n'est là qu'une question de détail, pour ainsi dire, l'hérédité, à quelque âge que ce soit, n'attendant que sa mise en œuvre pour sortir ses effets. »

Quant à l'âge avancé, la statistique de Ratault est également curieuse. Sur 192 cas, elle donne : 11 cas entre 40 et 50 ans ; 6 cas entre 50 et 60 ans. Cette recrudescence entre l'âge adulte et l'âge sénile achève, (observe M. Grasset,) de compléter la concordance avec les tableaux de l'hystérie féminine.

Quelle est la fréquence réelle de l'hystérie ?

Sydenham, au XVII^e siècle, disait déjà : « l'affection hystérique, autrement appelée les vapeurs hystériques, est, si je ne me trompe, la plus fréquente de toutes les maladies chroniques. Et, comme les fièvres, avec leurs dépendances, étant comparées avec les maladies chroniques, font deux tiers par rapport à un, de même les affections hystériques font la moitié de ce troisième tiers, c'est-à-dire la moitié des maladies chroniques. En effet, il est très peu de femmes, qui en soient entièrement exemptes, à l'exception de celles qui sont accoutumées à une vie dure et laborieuse. Or, les femmes font la moitié des adultes.

Et même, entre les hommes, beaucoup de ceux qui s'attachent à l'étude et mènent une vie sédentaire sont sujets à la maladie.»

La question se pose aujourd'hui d'une autre façon. Il est surtout important de savoir quelle est la fréquence réelle de l'hystérie masculine et les rapports statistiques qu'elle affecte avec l'hystérie féminine.

Les 218 cas réunis par Ratault sont un argument en faveur de la fréquence réelle de l'hystérie ; mais il faut plus de précision.

Sur 11.225 cas de maladies du système nerveux recueillis dans la polyclinique des professeurs Eulemberg et Mendel, M. Bodenstein a observé 1224 hystériques, dont 122 hommes, soit 1 sur 10. C'est le double du chiffre de Briquet.

La statistique de M. Pitres, de Bordeaux, donne 31 hommes sur 69 femmes pour 100.

M. P. Marie, professeur agrégé, ancien chef de clinique de Charcot, a été chargé pendant une partie de l'année 1888 de la consultation du Bureau central d'admission. Il y a été frappé du nombre d'hystériques mâles qui se présentaient à la consultation et en a profité pour rechercher la fréquence de l'hystérie dans l'un et l'autre sexe. Pendant le mois de mai 1889 il examina 697 personnes atteintes d'affections diverses dont 172 femmes et 525 hommes. Il a marqué à part tous les malades présentant de l'anesthésie, soit généralisée, soit partielle ; il désigne ces cas sous le nom d'*hystérie massive*. Il appelle *hystérie mitigée* ceux chez lesquels l'hystérie était tout à fait évidente (attaques convulsives, ovarie et boule, anciennes paralysies ayant disparu). M. Marie insiste sur ce fait que l'une et l'autre catégorie ne comprennent que des cas d'hystérie bien caractérisés ; les malades simplement névropathes n'ayant pas présenté des phénomènes hystériques nets ont été rigoureusement exclus.

« Sur les 525 hommes, 250 offraient les caractères de l'hystérie massive ; 3, ceux de l'hystérie mitigée. Sur les 172 femmes une seule offrait les caractères de l'hystérie massive ; 5 ceux

de l'hystérie mitigée. » L'hystérie massive est donc 8 fois plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. « Ce résultat est évidemment tout à fait inattendu, ajoute M. Marie; et quelque convaincu que je sois depuis longtemps de la fréquence de l'hystérie chez l'homme, je ne me sens nulle envie de soutenir cette proposition, trop proche du paradoxe, que l'hystérie est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme. » M. Marie trouve la raison de cette statistique dans ce fait que l'hystérie de l'homme est assez rare dans les classes moyennes et élevées de la société, comparativement aux classes dites inférieures de la société, où elle sévit surtout, — ce qui n'est pas le cas pour l'hystérie chez la femme, dont le niveau social, pour celles qui viennent à la consultation, serait plus élevé.

En ce qui regarde l'hystérie mitigée, on trouve une proportion toute différente : 5 cas d'hystérie mitigée sur 172 femmes; et seulement 5 cas sur 525 hommes: soit 1 pour 35 femmes et 1 pour 185 hommes. L'hystérie mitigée se montre donc avec une bien plus grande fréquence chez la femme que chez l'homme ; c'est là, par une voie détournée, une confirmation nouvelle de ce fait, enseigné depuis longtemps par Charcot, que l'hystérie chez l'homme se montre, le plus souvent, avec des caractères de ténacité, de gravité, dont on doit soigneusement tenir compte dans le pronostic (Gilles de la Tourette).

« En somme, dit M. Marie, l'hystérie mâle dans les classes inférieures de la société est très fréquente; elle semble même beaucoup plus fréquente que l'hystérie féminine. Ce qui précède s'applique à l'hystérie massive à stigmates bien nets ; pour l'hystérie légère, sans stigmates accentués, le rapport est inverse : sa fréquence est plus grande chez la femme que chez l'homme. »

Les résultats obtenus par M. Marie, et qui lui semblaient paradoxaux, n'allaient pourtant pas tarder à recevoir une éclatante confirmation par M. Gilles de la Tourette.

« Déjà en 1888, M. Girode, dans le service de M. Brouardel, à la Pitié, réunissait 15 cas d'hystérie masculine pendant l'année où il était chargé d'une salle d'hommes, ne comprenant pas plus de 35 à 40 lits affectés au traitement de toutes les maladies relevant de la pathologie interne.

Mais en 1889, M. Souques, alors interne de M. Chauffart se proposait d'établir : — 1° que l'hystérie mâle n'est pas l'apanage de quelques hôpitaux spéciaux, mais qu'on la rencontre fréquemment dans les services hospitaliers ordinaires ; — 2° qu'elle semble plus fréquente, du moins dans les classes inférieures de la société, que l'hystérie féminine. M. Souques ajoute : « à l'hôpital Broussais, en une année, dans une salle de 32 malades, nous avons relevé 26 cas d'une authenticité indiscutable. Sous la rubrique hystérie, nous n'avons admis que des cas certains, patents, dont le diagnostic était au moins basé sur la réunion des signes suivants : anesthésie sensitivo-sensorielle, partielle ou généralisée, anesthésie pharyngée, retrécissement concentrique du champ visuel. »

« Signalant les travaux de M. Marie, qui établit, qu'au Bureau central, l'hystérie massive est 8 fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme, M. Souques a fait la statistique des malades qui ont passé dans le service de M. Chauffart, soit 441 hommes et 240 femmes. Dans ce nombre, il y avait 26 cas d'hystérie mâle et 6 cas seulement d'hystérie féminine.

« Nous n'avons pas, il est vrai, séparé les cas d'hystérie massive des cas d'hystérie mitigée; néanmoins, nos résultats pris en bloc sont parfaitement comparables à ceux de M. Marie. Ces résultats, dit-il, présentent entre eux une analogie frappante. Il ressort, en outre, de cette comparaison que l'hystérie masculine, dans les hôpitaux, est deux fois plus fréquente que l'hystérie féminine. »

Pour M. Souques, comme pour M. Marie, les hommes qui forment la clientèle des hôpitaux seraient beaucoup plus fréquemment exposés que les femmes aux deux agents provocateurs de l'hystérie : traumatismes, intoxications.

Pour résumer ce qu'il a lui-même observé à la Salpêtrière, M. Gilles de la Tourette s'exprime de la manière suivante : « Actuellement, dans les services d'admission et de consultation externe de la Salpêtrière, où, à l'inverse du Bureau central, les milieux sociaux se trouvent confondus, il nous a semblé qu'on observait un hystérique homme pour 2 ou 3 femmes atteintes de la même affection. »

Cette apparente contradiction n'est peut-être pas au-dessus de toute interprétation.

Dans le service spécial de l'hospice de la Salpêtrière, le recrutement des hystériques se fait sur une grande échelle ; il porte sur presque toutes les classes de la société, et fournit des chiffres qui concordent avec les idées reçues en comptant deux à trois fois plus de femmes que d'hommes. — Il en est autrement au Bureau central et dans les hôpitaux ordinaires. — Le recrutement des hommes s'y fait parmi les surmenés, les déçus, les fatigués, et surtout parmi ceux que les excès de toutes sortes conduisent à devenir des parasites de la société. Les prédisposés y sont nombreux, même en dehors des traumatismes ; les auto-intoxications suffisent à faire éclore l'hystérie. — Il en est tout autrement du recrutement féminin, où les parasites de la société, qui donneraient tant d'hystériques, vont généralement dans des hôpitaux spéciaux, tandis que beaucoup de femmes ou de jeunes filles, réellement hystériques en ville, préfèrent rester chez elles et attendre la fin de leurs séries d'attaques sans se présenter à la consultation des hôpitaux. — Il y a donc pour le Bureau central et pour les hôpitaux généraux un recrutement exagéré pour le plus grand nombre des éléments masculins ; et ce recrutement exagéré contraste avec la dérivation et les diminutions factices du recrutement féminin.

Tous ceux qui connaissent la clientèle soit, à la ville, soit à la campagne, ont des souvenirs, et même des chiffres, qui concordent avec ceux de M. Gilles de la Tourette, de M. Pitres et des vieux auteurs.

Les agents provocateurs de l'hystérie.

L'étude de ces agents provocateurs a été particulièrement faite par M. Guinon (1), chef de clinique de Charcot; nous adoptons sa classification.

Émotions morales vives. — Le rôle des émotions morales vives dans le développement de l'hystérie a été admis de tout temps ; et son importance est encore devenue plus grande, lorsqu'on eut appris à bien connaître l'état mental des hystériques, dont la caractéristique est la suggestibilité. (Gilles de la Tourette).

Celle qui tient la première place parmi elles est certainement la peur ; aussi est-il assez commun d'entendre dire aux hystériques « que leur maladie est venue à la suite d'une peur. » Peur de l'individu qui rencontre un malfaiteur, qui se trouve attardé la nuit dans un bois ; peur du soldat dans la bataille ; peur de l'enfant qui prend pendant la nuit les objets qui l'entourent pour des spectres et des revenants, ou qui redoute l'issue d'un examen (2) ; peur de l'individu qui rencontre sur son chemin un épileptique en proie à des accès, etc.

On peut ajouter à la peur, la colère, l'impression subite causée par une fâcheuse nouvelle, la vue d'un accident, le chagrin causé par la perte d'une personne aimée, etc. ; — les émotions aiguës, brusques, rapides peuvent servir d'occasion à l'explosion d'une attaque de l'affection ; — prolongées, chroniques, elles peuvent jouer un rôle aussi important dans le développement de la névrose. — On peut citer parmi elles toutes

(1) *Les agents provocateurs de l'hystérie.* (Progrès médical, 1889.)

(2) Kraft (Ch.) *Paralysies hystériques provoquées par la crainte des examens.* Revue médicale de la Suisse romande, mai 1891.

les affections morales, déprimantes, tristes, pénibles; — une des plus fréquentes, d'après M. Grasset, serait le malheur dans le mariage.

On a dit avec beaucoup de raison que la cause sociale de l'hystérie « est la réalité inférieure au rêve ».

L'éducation a un rôle étiologique important.

« Le mode d'éducation, dit M. Grasset, a une influence incontestable pour développer l'action d'autres causes, soit en rendant le système nerveux trop impressionnable, soit en multipliant les occasions d'impression. Ceci est un point capital, parce que c'est le point de départ de toute l'hygiène prophylactique de la névrose chez les héréditaires et les prédisposés. »

Alibert. Joseph Frank et Loyer-Villermay accusent « les spectacles, l'éducation voluptueuse, trop molle, efféminée surtout, avec l'habitude contractée devoir tous ses désirs immédiatement satisfaits, l'amour de soi-même, la vie luxurieuse, l'oisiveté, les veilles, les lectures lascives, etc. » Sydenham s'était montré beaucoup plus exact dans sa description de l'état d'esprit des hystériques. Il est bon d'en relire le texte : c'est un excellent exposé des dangers à écarter de l'éducation des sujets prédisposés à l'hystérie. « Ce ne serait rien si le corps souffrait seul, enseigne Sydenham ; ce qu'il y a de plus fâcheux, c'est que l'esprit se ressent encore plus que lui des malignes influences de cette maladie, qui est accompagnée d'un désespoir incurable ; si bien que ceux, qui en sont atteints, perdent toute espérance de guérison, et se croient exposés à tous les malheurs qui peuvent affliger le genre humain ; et s'imaginent qu'il est impossible de les éviter ; ils ne présentent rien que de funeste pour eux. Le plus léger accident suffit pour exciter en eux la terreur, la colère, la jalousie, la méfiance et plusieurs autres passions semblables. La joie et l'espérance, dont ils sont ennemis, sont chez eux de

très courte durée, et n'agitent pas moins leur esprit que les passions les plus violentes. *La modération leur est inconnue*, et ils n'ont *rien de constant que leur seule inconstance*. Ils abhorrent sans sujet ceux qu'ils aimaient le moment auparavant avec le plus d'ardeur. Ils forment un dessein qu'ils abandonnent un moment après, pour s'engager dans des affaires d'une nature tout à fait contraire, qu'ils ne concluent jamais, si bien que leur esprit est dans des *perplexités continuelles*. On peut leur appliquer à juste titre ce que l'Orateur Romain dit des superstitieux « que le sommeil qui calme le travail et les soucis des hommes, est pour eux une nouvelle source d'inquiétudes et de craintes ; » car leurs songes ne leur représentent que des objets lugubres, tels que les funérailles et les apparitions des personnes qu'ils ont aimées, » (Cf. *Dictionnaire universel de médecine etc.* trad., de l'anglais de M. James par Diderot, Eidous et Toussaint ; Paris, M DCCXLVII. tome IV. p. 444). L'éducation des sujets prédisposés à l'hystérie doit toujours être conduite en vue de prévenir les travers d'esprit, si bien indiqués par Sydenham.

Les peurs, que l'on fait aux enfants pour les empêcher de mal faire, peuvent être l'occasion du développement d'accidents hystériques. « Ce détestable mode d'éducation, dit Mosso (1), n'a pas encore disparu ; on fait toujours peur aux enfants avec Croquemitaine, avec des histoires de monstres imaginaires, de loups-garous, de magiciens et de sorciers. » Il en est de même des contes fantastiques, dans lesquels les revenants et les sorciers jouent les principaux rôles. « Rien n'est aussi favorable au développement de l'hystérie, chez les jeunes garçons en particulier, dit Charcot dans une de ses leçons, que cette croyance au merveilleux et au surnaturel. » Et Charcot rapporte à ce sujet, l'histoire très instructive d'une

(1) Mosso *La peur*, 1 vol.. Paris, 1886.

petite épidémie d'hystérie ayant sévi sur les trois enfants d'une même famille, habitant un pénitencier militaire, et qu'on avait sottement associés à des pratiques réitérées de spiritisme. (Gilles de la Tourette).

L'éducation est, autant et plus que bien d'autres choses, une question de mesure et de pondération. — Ne développer ni trop ni trop peu l'ensemble du système nerveux, ni aucune de ses parties en particulier ; — tenir compte pour établir cette mesure, non de règles absolues ou égalitaires, toujours fausses, mais de l'observation patiemment faite et intelligemment recueillie de la nature particulière de l'enfant, de l'étendue et des limites de ses aptitudes, de la puissance de ses facultés, de la nature de ses aspirations dominantes ; — meubler autant que possible l'esprit de l'enfant de pensées fortes, stables, supérieures aux fluctuations de ses propres idées, et par suite directrices pour toute la durée de son existence..... Voilà le but idéal, que doit poursuivre tout éducateur et que doit plus attentivement rechercher l'éducateur d'un candidat désigné à l'hystérie. (Grasset).

Imitation, Contagion, Epidémies. — On peut, dit M. Guinon, à côté des émotions normales, ranger un agent provocateur de l'hystérie, qui n'est autre que l'*imitation*. Les relations d'« *épidémies d'hystérie* » abondent.

Tout le monde connaît les faits de Harlem, rapportés par Boerrhave. Bailly raconte qu'un jour de première communion à l'église St-Roch, une jeune fille fut prise tout à coup de convulsions hystériques pendant la messe ; dans l'espace d'une demi-heure, 50 à 60 femmes eurent des convulsions semblables.

Tous les auteurs ont noté l'influence de l'imitation dans la production des attaques d'hystérie ; c'est une sorte de contagion nerveuse, qui explique ce que l'on appelle les épidémies de cette névrose.

La vue d'une attaque d'hystérie peut en provoquer une

chez un névrosique qui n'a pas encore eu cette manifestation. Et il n'y a pas seulement l'émotion, le choc moral, produit par la vue d'un spectacle dramatique : il y a souvent une *vraie imitation*, puisque l'attaque provoquée reproduit plusieurs traits de l'attaque provocatrice. (Grasset).

Hypnotisme. — M. Gilles de la Tourette, se demande si c'est dans la même catégorie de causes, celle des émotions morales vives, que l'on doit placer l'influence des tentatives d'hypnotisation sur la genèse des accidents hystériques. Nous ne le croyons pas, dit-il, ou tout au moins interviennent là d'autres facteurs de première importance. Le même auteur s'est particulièrement occupé de cette question dans diverses publications (1). Il est bon de reproduire la page si intéressante qu'il consacre à ce sujet.

« Il est certain, dit-il, (p. 74) que le fait seul de se livrer à des manœuvres hypnotiques sur un individu provoque, chez celui-ci, dans la majorité des cas, une émotion morale, souvent très vive, faite d'appréhension ou d'espoir. Mais il existe là quelque chose de plus. Nous croyons en effet avoir démontré avec M. H. Cathelineau (2), par des arguments presque irréfutables, que l'hystérie et l'hypnotisme étaient deux affections, deux états morbides, qui se rapprochaient singulièrement l'un de l'autre ; que l'hypnotisme, en particulier, ne se développait que chez les individus *hystérisables*, s'ils n'étaient même déjà en possession des stigmates caractéristiques de la névrose. On

(1) *L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal.* 1887. — Article *Hypnotisme* du *Dict. encyclop. des sciences méd.* (avec P. Richer) — Charcot et Gilles de la Tourette. *L'hypnotisme chez les hystériques.* — *Dict. de Hack Tuke*, 1891.

(2) *La nutrition dans l'hystérie*, Paris 1890. — *La nutrition dans l'hypnotisme* — *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1890, N° 5.

comprend, dès lors, quelle influence auront des tentatives d'hypnotisation sur la provocation des accidents hystériques.

» Quoi qu'il en soit, ce qui est certain et doit trouver sa place dans un chapitre d'étiologie, c'est que les tentatives d'hypnotisation constituent un des meilleurs agents provocateurs de l'hystérie. MM. Charcot (1), Lombroso, Séglas (2) en ont recueilli et publié de nombreux exemples chez les enfants et chez les adultes. Nous avons même établi qu'il y avait un rapport direct de fréquence entre l'apparition de l'hystérie et les différents procédés d'hypnotisation mise en œuvre, à savoir, que les procédés dits *de force* étaient beaucoup plus nuisibles que les procédés dits *de douceur*, s'adressant uniquement à l'intellect du sujet.

» En avril 1888, nous avons porté la question devant la Société de médecine légale, demandant, avec notre maître, M. le prof. Brouardel, l'interdiction des représentations théâtrales des magnétiseurs, comme provocatrices des accidents hystériques, interdiction qui fut votée à l'unanimité, sans du reste obtenir des pouvoirs publics une sanction définitive. La question est donc jugée.

» Ce sont, le plus souvent, les manifestations convulsives qui se présentent à la suite des hypnotisations intempestives, ainsi que l'a établi Charcot ; et il suffit de se rappeler que la *salle des crises* était l'accessoire obligé du traitement de Mesmer par le magnétisme. On observe encore, dans les cas de cet ordre, une transformation singulière du somnambulisme hypnotique en somnambulisme hystérique. »

Nous avons eu nous-même l'occasion d'observer il y a quelques années, dans notre clientèle, un cas de délire aigu

(1) *Revue de l'hypnotisme*, mai 1887. — *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, 12^e leçon, p. 247.

(2) *Les dangers de l'hypnotisme*—*Ann. méd. Psych.*, t. X, 1889, 7^e série.

hystérique chez une jeune fille de 22 ans, domestique à Paris, entrée à l'hôpital pour une indisposition légère : on fit sur elle quelques tentatives de suggestion qui l'impressionnèrent vivement et la déterminèrent à quitter à la hâte le service dans lequel elle se trouvait placée. Elle revint chez ses parents, toujours frappée des tentatives de suggestion qui l'avaient tant impressionnée et dont elle ne cessait de me parler à chacune de mes visites. Elle voyait les médecins, les élèves qui l'entouraient, se livrant à des tentatives d'hypnotisation, lui passant la main sur les yeux, etc. Bientôt survint un délire aigu avec loquacité incessante, dont les principaux sujets étaient toujours les séances de l'hôpital qu'elle représentait et contre lesquelles elle se défendait. Cette phase de délire persista environ deux mois, pendant lesquels on dut soumettre la malade à une surveillance constante.

Influence du traumatisme sur la provocation des accidents hystériques. — L'influence du traumatisme sur le développement de l'hystérie a donné lieu pendant ces dernières années à des discussions nombreuses ; mais son action paraît reconnue et régulièrement admise aujourd'hui. M. Guinon a caractérisé ce qu'il fallait entendre par traumatisme. « On donne dit-il, le nom de *shock nerveux* (*nervous shock*) à l'état dans lequel se trouve un individu qui vient d'être victime d'un traumatisme, ou d'une secousse matérielle quelconque, plus ou moins violente, mais s'accompagnant toujours d'émotion vive, état caractérisé par une série de symptômes, tant psychiques que somatiques. On appelle *hystéro-traumatisme* l'hystérie développée sous l'influence du traumatisme et de cet état qui en dérive, le *shock nerveux*. Le *shock nerveux* est tout différent de ce qu'on appelle le *shock traumatique* ; celui-ci est un accident toujours grave des grandes blessures et souvent mortel, tandis que le *shock nerveux* ne présente aucune gravité en lui-même, en ce qui touche la vie du malade du moins. »

M. Gilles de la Tourette résume en quelques mots l'enseignement de son maître : « dans le développement de l'hystérie, le traumatisme joue un grand rôle ; mais son influence provocatrice n'est pas en raison directe de l'intensité du choc subi. Le shock nerveux est capital dans l'espèce. De plus, comme tous les autres agents provocateurs, le traumatisme ne produit ses effets, que lorsqu'il agit sur les héréditaires prédisposés. »

Cependant la connaissance de l'ensemble symptomatique relevant du choc nerveux est de date récente. Erichsen (1), le premier, rassembla une série d'observations et démontra l'influence du traumatisme dans la genèse de certaines affections nerveuses. Erichsen s'efforça de localiser le choc nerveux à la moelle épinière. Il donna aux troubles qu'il décrivait le nom de *railway-spine*.

En 1878, Charcot, sans concevoir l'hystéro-traumatisme comme nous le connaissons aujourd'hui, signalait (2) l'influence que peut exercer le traumatisme sur le développement des manifestations hystériques.

Quatre années plus tard, Walton, qui était venu étudier l'hystérie sous les auspices de Charcot, fut de retour en Amérique, (3) où les grandes catastrophes de chemins de fer sont assez communes ; il y publia aussitôt un mémoire, dans lequel il rapporte à l'hystérie les divers accidents nerveux qu'il constate comme conséquences du traumatisme.

Putnam (4) publia bientôt après un travail analogue, aboutissant aux mêmes conclusions.

(1) Erichsen. *On railway and other injuries of the nervous system*, Londres, 1866.

(2) *De l'influence des lésions traumatiques sur le développement des phénomènes d'hystérie locale ; Progrès médical*, 3 mai 1878.

(3) *Hystérical anæsthesia brought on by a fall*. Arch. of med. 1882, t. X et *Boston med. and surgical Journal*, 11 déc. 1884.

(4) *The medico-legal signification of hemianesthesia after concussion accidents*. *American Jour. of neurology and psychiatrie*, août 1884.

En 1885, Page (1) compléta le travail d'Erichsen et déplaça le siège du trouble initial : le cerveau devient dès lors le siège principal des troubles fonctionnels, le railway-brain remplace le railway-spine. Page attribue aux prédispositions hystérique et neurasthénique l'influence décisive. Mais cette idée fut surtout développée par Charcot et ses élèves, Guinon, Gilles de la Tourette, Vibert, Berbez, Thyssen.

Cependant MM. Oppenheim et Thomsen veulent faire une névrose spéciale, la névrose traumatique, de certains groupes de symptômes, tels que : hémianesthésie, anesthésies sensorielles, rétrécissement du champ visuel, qu'ils ont constatés. Ils basent leur opinion sur ce que l'hémianesthésie, chez ces malades, est tenace et non mobile et fugace, comme cela a lieu, suivant eux, dans l'hystérie ; l'état mental des traumatisés, loin d'être changeant, est plutôt gai. « Il était réservé à Charcot d'apporter la lumière dans ces débats, dont on comprendra toute l'importance, en réfléchissant à ce fait, que l'adoption de l'opinion allemande eût été la consécration d'une erreur complète de nosographie. Une grande partie des hystériques mâles et adultes eût été, du fait même de leur exposition constante au traumatisme, placée dans le cadre d'une névrose hypothétique, qui devait forcément conduire ses partisans à la plus évidente des confusions. » (Gilles de la Tourette). Charcot, dans ses leçons (1885) et dans les travaux qu'il a inspirés, prouva, jusqu'à l'évidence, que l'hystérie est souvent occasionnée par le traumatisme.

Les résistances aux théories de l'école de la Salpêtrière ne sont pas tombées complètement. Toutefois il faut reconnaître que la *névrose traumatique*, si fort en honneur jadis en Allemagne, perd chaque jour du terrain, ainsi que l'attestent les plus récentes discussions de la Société de psychiatrie de Berlin. Elle

(1). Page. *Injuries of the spinal*, etc. Londres, 1885.

tend à se confondre avec les modalités cliniques de l'hystérie et de la neurasthénie (Dallemagne). « Quoi qu'il en soit, dit Gilles de la Tourette, le traumatisme joue un rôle indéniable comme agent provocateur de l'hystérie. Mais, à l'instar de tous les autres agents, il est nécessaire qu'il porte son action sur des individus prédisposés, » M. Grasset, de Montpellier, dans ses leçons cliniques sur l'hystéro-traumatisme, tend à faire de l'hystérie traumatique une hystérie spéciale, alors que MM. Brissaud, Gilles de la Tourette, etc., considèrent, après Charcot, l'hystérie comme étant une affection « une et indivisible ». Ce qui frappe, dans cette part étiologique, c'est le défaut de rapport entre l'intensité du traumatisme et le résultat de la névrose produite ; l'effet physique ne ressemble en rien à ce que le traumatisme eut produit chez une autre personne ; l'effet moral est très considérable. Le sujet voit arriver sur lui un train de 15 à 20 wagons ; le choc est insignifiant ; mais il a été tamponné par un train entier.... et l'effet névropathique est en rapport avec cette cause, qui est imaginativement énorme. (Grasset). Le traumatisme produit l'hystérie le plus souvent *d'emblée* et *rapidement*, tandis que les autres causes ont besoin d'être *accumulées petit à petit* pour arriver aux mêmes résultats.

Il est remarquable de constater, dans certains cas, combien le caractère psychique de l'hystérie s'affirme sur la production de certains phénomènes locaux. Charcot en cite des exemples tout à fait caractéristiques. — C'est d'abord « cette femme de trente et un ans, qui donne un soufflet à son enfant et chez laquelle se développe instantanément une paralysie hystérique de la main avec anesthésie superficielle et profonde, en forme de gant, caractéristique, limitée en haut par une ligne circulaire passant à deux ou trois travers de doigt au-dessus du pli articulaire du poignet. — Un individu bousculé par une voiture perd connaissance. Revenu à lui, il est convaincu que les roues lui ont passé sur le corps, alors que des témoins oculaires affirment positivement le contraire. Quelque temps après, sous

l'influence de phénomènes psychiques, se développe une paralégie avec ligne circulaire d'anesthésie s'arrêtant net au niveau du passage présumé des roues de la voiture » (1).

Pour terminer ce paragraphe déjà long, mais si intéressant, de l'hystéro-traumatisme. M. Gilles de la Tourette paraît bien résumer les causes, pour lesquelles ce point de la grande névrose a soulevé tant de discussions : « S'il nous était permis, dit-il, d'exprimer notre avis sur une question, qui, dès maintenant, est entrée dans la période historique et qui n'a, partant, plus qu'un intérêt rétrospectif, nous dirions : La véritable raison pour laquelle on a chargé de tant de méfaits une névrose hypothétique, c'est que l'on ne connaissait que d'une façon tout à fait insuffisante l'hystérie masculine. En la montrant telle qu'elle est, avec son cortège si particulier de symptômes physiques et psychiques, Charcot a, pour ainsi dire, révélé subitement l'existence d'une affection nouvelle, quoique bien vieille et longtemps méconnue. Dans ces conditions, il lui appartenait forcément de montrer, le premier, qu'en dehors de maladies bien définies (paralysie agitante, ataxie locomotrice et bien d'autres, susceptibles de se développer sous l'influence du traumatisme), il n'était pas besoin de créer une nouvelle maladie, — névrose traumatique — dont les signes ne sont autres que ceux d'un état morbide bien connu, l'hystérie, associée ou non, dans la circonstance à la neurasthénie. »

Les tremblements de terre peuvent être placés parmi les agents provocateurs de l'hystérie, autant par l'émotion qu'ils provoquent que par le traumatisme lui-même. Témoins les accidents de toute nature, qui suivirent les tremblements de terre de Charleston en 1886 ; ils ont été rapportés par Peyre

(1) Charcot. *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, 1887-1888, p. 111. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 441.

Porcher (1) et Guiteras (2). Charcot a observé un cas de paraplégie hystérique due à la frayeur à la suite du tremblement de terre de Nice (1887).

Sous l'influence des mêmes causes se développent les manifestations hystériques à la suite du *choc de la foudre*. Charcot a donné de ces faits, qu'il a magistralement étudiés, les conclusions suivantes : « 1° Dans les cas de fulguration, en outre des accidents nerveux qui relèvent directement de la commotion électrique, il faut s'attendre à voir souvent l'hystérie intervenir tôt ou tard; 2° Lorsqu'une fulguration partielle aura déterminé la production d'une paralysie relevant directement de l'action électrique, si l'hystérie, par suite, entre en scène, la paralysie hystérique pourra se superposer et ensuite se substituer à la paralysie primitive. »

Influence des maladies générales et infectieuses. — Toute maladie, en déterminant un épuisement général, peut, chez les sujets prédisposés, faire éclater les accidents hystériques. Cette notion, toute moderne, de pathologie a été surtout bien interprétée par Charcot. Dans sa thèse d'agrégation (3), M. le prof. Landouzy cite un cas emprunté à Trousseau, de paraplégie hystérique dans la convalescence d'une *fièvre typhoïde*. MM. Charcot, Furet, Grasset en rapportent trois autres exemples.

La *pneumonie*, la *diphtérie*, le *rhumatisme articulaire aigu* peuvent produire les mêmes effets. Les dernières épidémies de *grippe* ont apporté à l'appui de la thèse des documents nom-

(1) *Influence of the recent earthquake shocks in Charleston upon health: Medical news*, Philad., 1886. N° 2.

(2) *Influence of the recent earthquake shocks in Charleston upon health: Medical News*, Philadelphia, 1887. N° 2.

(3) *Des paralysies dans les maladies aiguës. Thèse d'agrégation*, 1880.

breux et incontestables résumés dans les récents travaux d'Althaus, Savage, Grasset.

Ce dernier auteur a observé un soldat, chez lequel une scarlatine fut le signal de l'explosion de l'hystérie.

L'action de l'*impaludisme* et celle de la *syphilis* sont manifestes et connues depuis longtemps.

Grenier a fait connaître celle du diabète.

M. Grasset a vu un autre soldat, chez lequel, à la suite d'une blennorrhagie, il s'est développé une coxalgie hystérique.

On peut ajouter aux précédentes affections, la *chlorose* et d'autres états, qui, bien que transitoires, n'en placeront pas moins les sujets prédisposés dans un état de débilité favorable à l'éclosion de l'hystérie ; telles sont : les *hémorrhagies*, le *surmenage physique et intellectuel*, les *excès vénériens*.

L'influence de la *menstruation* et des *maladies des organes génitaux* trouverait ici sa place naturelle. Cette grave question sera développée dans le chapitre suivant.

Du rôle des intoxications comme agents provocateurs de l'hystérie. — Ce point d'étiologie a soulevé bien des discussions dans ces dernières années. C'est à Charcot qu'il appartient surtout d'avoir su démêler ce qui appartient en propre à l'intoxication et ce qui regarde l'hystérie.

Il y a bien longtemps qu'on savait le plomb, l'alcool, capables de produire des paralysies, de l'anesthésie, etc. Mais ces troubles sont de deux sortes : les uns se rattachent directement à l'intoxication ; les autres comprennent toute une autre catégorie de faits, « sorte de *caput mortuum*, dit M. Gilles de la Tourette, constitué par une foule de manifestations en apparence dissemblables : phénomènes convulsifs, troubles sensoriels, hémianesthésie, paralysies et contractures. C'est dans ce groupe, — sans tenir compte des observations nouvelles qui l'ont éclairé, — qu'on est allé chercher et qu'on a trouvé une

série de faits, qui, à la lumière des connaissances propagées par l'école de la Salpêtrière, ont dû être définitivement attribués à l'hystérie. » Les intoxications, qui, à l'heure actuelle, ont été reconnues susceptibles de provoquer l'hystérie, sont : le saturnisme, l'alcoolisme, l'hydrargyrisme, l'intoxication par le sulfure de carbone et le tabac. M. Neveu-Derotrie accuse aussi la morphine.

On pourra classer là des faits intéressants, remarque M. Grasset, à condition de ne pas exagérer néanmoins et de ne pas considérer comme nécessairement hystériques tous les malades, dont les réactions nerveuses vis-à-vis du poison sont en désaccord avec l'intensité de la cause et les lésions anatomiques constatées. Les intoxications aiguës ont été signalées comme capables de réveiller ou de déterminer la première apparition de la névrose : Absorption de 20 gr. de camphre (Planat), de chloroforme dans un but d'empoisonnement (Lene-ton), à la suite de l'anesthésie chloroformique (Michaux).

L'habitus extérieur, la couleur des cheveux n'ont plus cette importance qu'on leur attribuait autrefois, le *tempérament hystérique* n'existe plus.

L'hystérie masculine se développe surtout chez les ouvriers ; elle sévit particulièrement sur les individus adonnés aux *professions*, qui les exposent au traumatisme, chez les soldats.

« Il faut la chercher encore une fois, dit Charcot, sous les haillons, chez les déclassés, les mendiants, les vagabonds, dans les dépôts de mendicité, les pénitenciers, les bagnes peut-être. »

L'hystérie chez les *femmes*, d'après les statistiques de M. P. Marie, semble atteindre de préférence celles qui ont des situations sociales relativement élevées ; elle paraît plus rare à la campagne, probablement parce que les agents provocateurs y sont moins nombreux, particulièrement les excitations mo-

rales et intellectuelles ; toutefois, Louyer-Villermay l'a fait observer, ce que l'hystérie « perd alors en fréquence, elle le gagne sous le rapport de l'intensité : » c'est l'avis de plus d'un auteur moderne ; c'est également le nôtre.

« Tout ce qui tend, dit Briquet, à débilitier jusqu'à un certain degré l'économie, augmente par contre-coup l'excitabilité du système nerveux. Il résulte de là que les *professions sédentaires*, qui tiennent le corps dans un repos trop prolongé, celles qui nécessitent un séjour habituel dans les ateliers et celles enfin qui donnent un salaire insuffisant, sont autant de prédispositions à l'hystérie ; tandis qu'au contraire, les professions qui nécessitent du mouvement, celles qui s'exercent en plein air et celles qui permettent de se nourrir convenablement, sont autant de moyens propres à prévenir cette maladie. »

Ajoutons aux causes signalées par Briquet, l'oisiveté, les rivalités et les intrigues de salons chez les femmes du grand monde.

Etudiant l'influence de la *continence* dans ses rapports avec l'éclosion des accidents hystériques, Briquet dit que, chez les divers ordres de religieuses où elle est de règle, on ne verra éclater la névrose que « dans le petit nombre de maisons, où les religieuses sont livrées à la prière incessante, aux austérités et à la vie contemplative. » Ce n'est donc pas la continence qui en est cause ; ce paraît être, d'après Briquet lui-même, une organisation de vie, qui fait une part prépondérante à l'élément psychique et diminue, autant que possible, les divers éléments de la vie matérielle.

Axenfeld, résumant les propositions de Briquet, établit ce fait, digne d'attention, que la moitié des prostituées de profession, détenues à Saint-Lazare, est affectée d'hystérie : c'est un fait maintes fois confirmé, et qui détruit, de la manière la plus décisive, les assertions hasardées à la légère par Louyer-Villermay et d'autres auteurs sur les effets de la continence ;

il établit positivement que les faits, sur lesquels ils ont prétendu les appuyer, sont complètement controuvés et que l'observation donne précisément des résultats complètement opposés à ceux qui avaient été avancés.

La *grossesse* ou les phases diverses de l'état puerpéral jouent, d'après certains auteurs (Scanzoni), dans quelques cas, le rôle de causes, au moins occasionnelles. Pour Landouzy, et aussi pour Axenfeld, la grossesse ne disposerait à l'hystérie « qu'en raison des conditions morales, où les femmes se trouvent placées pendant la durée de la gestation. » Hippocrate et Galien, puis beaucoup d'autres, parmi lesquels Hoffmann, ont attribué une influence heureuse sur l'hystérie. Louyer-Villermay reproduit l'aphorisme : *hystericæ, tempore graviditatis, quò impetum principii vitalis uterus attrahit, a spasmis et affectibus nervosis liberæ sunt*. Bien qu'il y oppose quelques exceptions, Louyer-Villermay tient pour exact cet aphorisme et il en adopte la conséquence, qui consiste à « conseiller le mariage aux jeunes filles hystériques ».

MM. Tarnier et Budin (*Traité de l'art des accouchements* ; Paris, 1886 ; II, 158) ont raison de reprocher à chacune des opinions d'avoir une forme trop absolue. — Ils rappellent les observations de Brachet, Lucas-Championnière, etc., où l'hystérie a disparu par le fait de la grossesse : ce sont des exceptions. — Ce qui est la règle a été formulé par Landouzy : « le plus souvent l'hystérie persiste, ou s'exagère par le fait de la grossesse ». Briquet a vu 102 hystériques enceintes : 10 seulement n'eurent pas d'attaques pendant la gestation. Landouzy rapporte, d'après Girard, six grossesses successives avec des attaques chez une hystérique, cinq grossesses également troublées chez une autre. Il y a plus ; l'hystérie peut apparaître pour la première fois, pendant la grossesse d'une femme jusque-là indemne de toute manifestation de la névrose ; on voit d'autres hystériques, qui étaient guéries depuis un

certain temps, et dont les attaques reparaissent pendant une grossesse.

M. Le Rolland, (*Considérations sur l'influence de la grossesse sur la marche de l'hystérie et de l'épilepsie*; thèse, Paris, 1879) insiste sur un point qui importe aux médecins partisans du mariage des hystériques : « les hystériques seraient, plus que les autres femmes, sujettes à avoir des troubles intellectuels pendant la grossesse; pour lui, la folie puerpérale serait d'ailleurs souvent une folie hystérique. » Cette opinion est d'ailleurs basée sur des faits. Burrows a vu deux hystériques, où l'accouchement fut immédiatement suivi de folie. Gooch (cité par Tonmer) a vu une hystérique accoucher à sept mois d'un enfant mort-né et devenir non seulement monomaniacque, mais encore cataleptique.

MM. Tarnier et Budin indiquent une des nombreuses obscurités de cette question. — Les douleurs de la parturition sont, chez quelques hystériques, d'une intensité tellement extraordinaire, qu'il faut administrer un anesthésique, même dès le début du travail, et en continuer les inhalations pendant des heures entières. — Par contre, il y a des hystériques chez lesquelles l'accouchement s'accomplit presque sans douleur. — Ce contraste est déjà bien étrange; ce qui l'est davantage, c'est d'observer l'un et l'autre chez la même femme à des accouchements successifs.

Pendant le travail de la parturition, l'état hystérique persiste avec ses caractères préexistants d'analgésie, de contracture, d'hémianesthésie, etc. (Ch. Féré); mais les attaques sont rares (Briquet).

Pendant cette même période, et encore pendant les heures qui suivent, il se fait une autre modification, non pas constante, mais déjà fréquente : « les hystériques habituellement hypnotisables cessent de l'être pendant le travail. » MM. Budin et Ch. Féré en ont fait la démonstration dans le service de Charcot. La malade était encore très facilement hypnotisable pendant

sa grossesse. Aucun des moyens habituels ne réussit à l'endormir pendant le travail, ni pendant les vingt-cinq minutes qui suivirent la délivrance. Ce n'est cependant pas la douleur, qui en pouvait être rendue responsable ; il suffisait de quelques inhalations de chloroforme pour la calmer. La même malade avait présenté une égale résistance pendant un faux travail survenu au huitième mois de sa grossesse. La contre-épreuve fut faite, lorsque, pendant une seconde grossesse, des douleurs furent affirmés vers huit mois et demi : la malade fut trouvée parfaitement hypnotisable mais les douleurs n'étaient pas vraies, ou bien elles étaient d'autre cause que celle de la parturition : aucun signe de travail ne fut constaté ; l'accouchement se fit quinze jours plus tard. — Il ne faut cependant pas généraliser ; on compte désormais de nombreux accouchements effectués pendant le sommeil hypnotique. (*Gazette des hôpitaux* ; *Revue de l'hypnotisme* ; Pritzl, *Wiener medizinical wochenschrift*, 1885 ; etc.)

Dans l'état actuel de nos connaissances, l'influence étiologique des *climats* paraît nulle, ainsi que celle des nationalités. Toutes les races y sont sujettes. Dans la race blanche, les Israélites paient à l'hystérie le plus lourd tribut, comme du reste à toutes les maladies nerveuses, ainsi que l'a toujours enseigné Charcot. Ce fait a été confirmé par M. Raymond : L'hystérie, féminine et mâle, dit-il, est assez fréquente à Varsovie. Les hystériques mâles sont presque tous des Israélites (1).»

(1) Résumé des principaux travaux russes concernant la neurologie, *Archives de Neurologie*, vol. XVII, p. 472, 1889.

CHAPITRE IV.

HYSTÉRIE ET MENSTRUATION.

S'il fallait prendre pour base d'argumentation les principes admis dans l'antiquité, nous pourrions citer presque tous les auteurs anciens parmi ceux qui admettaient la coïncidence de l'hystérie et des maladies utéro-ovariennes et même de la menstruation et de ses troubles ; — bien plus, leurs théories, impliquant nécessairement l'existence d'une affection utérine comme cause première des manifestations de la névrose, nous pourrions invoquer les témoignages de siècles successifs attestant la réalité de cette coïncidence. Il ne saurait convenir d'y attacher un aussi absolu crédit.

Faut-il dédaigner l'antiquité médicale sur cette question ? Nous ne le pensons pas. « Les anciens, dit Pascal, doivent être admirés dans les conséquences qu'ils ont tirées du peu de principes qu'ils avaient ; et ils doivent être excusés dans celles, où ils ont plutôt manqué, du bonheur de l'expérience, que de la force du raisonnement ». (*Pensées diverses*). Notre respect pour l'antiquité ne doit pas cependant aller au-delà de certaines bornes ; admirons-les d'avoir pu apprécier les phénomènes les plus marquants de l'hystérie ; mais, d'un autre côté, loin d'approuver leurs explications, excusons-les d'y avoir eu recours, et cela avec d'autant plus de raison, que, si le bonheur de l'expérience est utile, c'est surtout en médecine.

Ne voulant nous baser que sur des faits certains, nous ne retiendrons que ceux qu'une observation clinique rigoureuse aura démontrés et dans lesquels la coïncidence de l'hystérie et des troubles de la menstruation aura été des plus évidentes.

Van Helmont (1630), qui avait beaucoup étudié et a laissé des travaux innombrables sur tous les sujets, s'est occupé, entre autres choses, du caractère et de l'organisation physique et morale de la femme. Or, voici comment, dans son style énergique et pittoresque, il exprime ce qu'il pensait des réactions qu'exerce l'utérus sur les appareils de relation de la femme : « *Propter solum uterum*, dit-il, *mulier est id quod est* »... et plus loin : « *Fœmina omnem bis patitur morbum.* »

La femme est une matrice servie par des organes, a dit Michelet. Sans prendre ces adages dans le sens restreint que lui donnaient nos prédécesseurs, il est permis de remarquer qu'ils étaient la conclusion d'observateurs souvent très judicieux. N'est-ce pas, en effet, l'appareil génital qui a le plus d'influence sur tout l'organisme de la femme pendant la période moyenne de sa vie ; n'est-ce pas là son plus grand foyer d'excitabilité ; n'est-il point permis d'admettre que les affections, qui ont pour siège le système nerveux, soit cérébral, soit cérébro-spinal, seront, chez la femme (douée d'une vive sensibilité), fortement influencées par les fonctions et les troubles d'un appareil, qui tient chez elle une si grande place ?

M. Auvar d traduit un texte allemand, qui confirme encore cette importance. « La nature a voulu que la femme fût dominée par l'appareil génital, afin de faire d'elle un être essentiellement reproducteur. Toutes les passions, tout l'instinct de l'être féminin gravitent autour de ce système, dont l'importance est telle, que ses maladies ont un retentissement très marqué sur l'organisme. On a dit que l'hystérie, ce détraquement nerveux de la femme, dépendait souvent d'un état pathologique des organes génitaux, ou de leur fonctionnement anormal (par manque ou excès). La pathogénie de

cette maladie est encore trop mal connue pour qu'on puisse se prononcer ; on sait cependant que les affections génitales causent nettement certains troubles nerveux, tels que névralgie, migraine, tremblement, accès de sanglots, accès convulsifs, diarrhée.» (*Odebrecht, in Beit. z. Geb und Gyn.* 1889, p. 87).

On comprend ainsi l'énorme importance du système génital chez la femme ; on comprend comment les troubles, en apparence légers, du côté de cet appareil, pourront avoir un retentissement marqué sur tout l'organisme.

L'hystérie est au premier rang parmi les affections, qui exagèrent la sensibilité naturelle de la femme ; certains auteurs ont même traduit l'hystérie comme n'étant que l'exagération de sa sensibilité native.

Il n'est pas étonnant qu'une affection de ce genre soit influencée par un appareil, sur lequel porte l'attention constante de la femme pendant sa période génitale.

La raison sera donc d'accord avec la clinique, si nous apportons dans ce travail un certain nombre de faits, qui prouvent la coïncidence de l'hystérie avec le fonctionnement et les troubles de la menstruation.

Ce chapitre nous permettra d'analyser l'opinion de plusieurs auteurs, qui se sont occupés de la question. Pour limiter davantage notre sujet, nous nous sommes borné à l'étude des ouvrages qui ont paru dans ce siècle. On les trouvera moins sujets à controverses et surtout moins suspects d'un respect exagéré de la tradition. Il n'en existe pas qui soient mieux à l'abri du reproche d'opinion préconçue.

La raison de cette espèce d'exclusivisme est que, comme on l'a vu au chapitre de l'historique, un grand nombre d'auteurs de l'antiquité admettaient la théorie utérine de l'hystérie nous aurions eu à passer en revue presque tous les auteurs antérieurs à notre siècle, pour n'enregistrer à peu près qu'une seule opinion : celle de l'influence génitale sur la production

de la névrose. Cette revue nous a paru aussi longue et aussi monotone que sujette à controverses.

Pour y mettre de l'ordre, et pour éviter les redites, nous avons partagé en trois groupes différents les auteurs qui ont écrit sur ce sujet.

Les uns refusent aux troubles de la menstruation toute action sur l'apparition des phénomènes hystériques et n'y voient qu'une simple coïncidence ; ou bien ils regardent les deux états morbides comme deux symptômes parallèles d'une même cause ; ou bien encore ils considèrent la première manifestation morbide comme un précurseur de la seconde.

D'autres admettent une certaine relation de cause à effet entre ces divers troubles.

Un troisième groupe reconnaît à la fonction menstruelle, et surtout à ses troubles, un rôle étiologique important et assez fréquent sur l'éclosion ou l'aggravation des accidents hystériques. C'est le groupe des principaux arguments à retenir.

Nous ajouterons à ces arguments plusieurs faits, ou l'action de l'arrêt de la menstruation, ou d'une dysménorrhée a été évidente sur la production des manifestations hystériques ; puis d'autres faits, où le rétablissement de la fonction a été nettement suivi de la disparition des accidents de la névrose.

Quelques auteurs ont voulu attribuer à l'hystérie un rôle étiologique dans les troubles des fonctions génitales : nous nous efforcerons de les signaler, comme les autres d'ailleurs, dans l'ordre chronologique et chacun dans le groupe auquel il appartient.

§ 1. — Quelques auteurs contestent toute influence de la menstruation sur l'hystérie.

Dubois (d'Amiens) est un des auteurs, qui refusent de croire à l'influence de la fonction menstruelle sur l'apparition de

l'hystérie; pour lui, non seulement elle n'a pas d'influence provocatrice sur l'éclosion de la névrose, mais le trouble menstruel n'est même le plus souvent qu'un symptôme avant-coureur.

Dubois reconnaît bien, qu'à la suite d'une vive émotion, les règles peuvent se supprimer et l'hystérie apparaître; mais il ne peut y voir une relation de cause à effet: ce n'est tout au plus qu'une simple coïncidence. — L'auteur donne comme une preuve préemptoire et décisive de son opinion, qu'« on est souvent parvenu à rétablir l'écoulement régulier des règles, que l'hystérie n'en a pas moins persisté et que ses symptômes n'ont même pas éprouvé le plus léger amendement. » — L'argument aurait quelque valeur, si on ne savait que, quand la névrose a éclaté sous quelque influence que ce soit, on la voit parfois persister, même lorsque sa cause provocatrice a disparu, ou paraît avoir disparu. Les symptômes de l'hystérie, une fois développés sur un terrain convenable, chez des sujets débiles ou excitables, continueront à persister, même sans cause psychique ou physique nouvelle: L'hystérie, de symptomatique serait, pour plusieurs, devenue essentielle; elle n'aurait plus besoin d'excitant pour se manifester et se perpétuer. On verra plus loin que l'opinion de Dubois est en opposition avec celle de la majorité des auteurs. Selon lui, ce n'est pas l'écoulement, la quantité de sang perdu, qu'il faut considérer dans l'acte physiologique de la menstruation, c'est le *molimen vitale*, fonction toute spéciale, que les hémorrhagies supplémentaires ne pourront jamais remplacer (*loc. cit.*, p. 118.) « Quand donc l'écoulement vient à se supprimer brusquement, dit-il, il faut croire qu'il existe déjà un trouble de l'innervation utérine; c'est un prodrome hystérique : » voilà, selon lui, comme on doit concevoir la liaison, qui existe, entre la suppression des règles et l'hystérie.

« La suppression des règles, dit-il encore, admise comme cause déterminante de l'hystérie, ainsi que le veulent tant d'auteurs,

ne peut éclairer en rien la nature de cette maladie; cette cause est tellement générale, qu'il n'est peut-être pas une maladie, chez les femmes, qu'on n'ait attribuée à ses effets. Les énumérer avec quelques détails, dit Désormeaux, ce serait représenter un tableau nosographique presque complet. Il en est à peu près de même des autres troubles des fonctions utérines.»

Laudouzy (1) se met complètement en désaccord avec Dubois (d'Amiens) et lui reproche avec raison de combattre l'exagération des autres, mais de tomber lui-même dans une exagération opposée. Dubois fait la comparaison de l'évolution des règles avec l'épanchement pleurétique, l'épanchement cérébral les perforations viscérales : ce sont des conséquences de quelque « inflammation » qui domine tout ; — et Landouzy objecte : « combien n'avons-nous pas noté de cas, dans lesquels les paroxysmes sont chaque mois plus ou moins violents, plus ou moins fréquents, ou complètement nuls, selon l'état de la menstruation ? » (p. 194) et il cite une observation de Barré, précisant des accès hystériques correspondant aux époques menstruelles, avec rétention des règles par oblitération du col utérin. (*Clinique médicale de Piorry*, p. 314) — puis une observation relatant une attaque d'hystérie à chaque époque menstruelle, avec oblitération du col utérin, (Dance, in Tardieu *Thèse d'agrégation*, 1844, p. 53 — et encore une observation d'hystérie coïncidant avec une tumeur de la cloison recto-vaginale (id. p. 54) — enfin une observation communiquée à l'Académie de Médecine par le D^r Seurre de Suippes : il y avait des symptômes d'hystérie chaque mois chez une fille de 17 ans, pour laquelle la rétention des règles était attribuée à une occlusion du col utérin ; et Landouzy ajoute, que, comme au temps de Daniel Sennert (2), on a vu l'hystérie cesser

(1) *Traité complet de l'hystérie*, Paris. 1846, p. 193.

(2) « Malum nimirum hoc virginibus jam nubilibus familiare est, cum

aussitôt qu'a été levé l'obstacle à l'hémorrhagie périodique. »

M. Pozzi, dans l'article « dysménorrhée » et troubles nerveux » (p. 600) de son *Traité des maladies des femmes*, reconnaît bien l'importance de la dysménorrhée comme facteur étiologique de l'hystérie, l'influence que les troubles de la menstruation, l'aménorrhée peuvent avoir sur la production et l'aggravation des symptômes hystériques; mais il apporte ensuite une restriction en disant: qu'il en est un grand nombre, où « les troubles menstruels peuvent évoluer parallèlement, et où la coïncidence n'entraîne pas l'idée de la causalité ».

C'est déjà une négation moins absolue que celle de Dubois (d'Amiens).

§ 2. — Connexité reconnue entre l'hystérie et la fonction menstruelle.

Dans des leçons données à l'hôpital-école en 1836, Rostan reconnaît qu'une menstruation difficile, ou l'établissement de la menstruation favorise le développement des convulsions hystériques.

G. Bernutz et E. Goupil, dans leur *Clinique médicale sur les maladies des femmes*, (1860, p. 179), sont d'avis « que les dysménorrhées hystériques ne sont pas rares; et que même dans un certain nombre de cas, elles sont la première manifestation de cette maladie »; mais ils croient « aussi que cette fréquence et cette manifestation précoce du trouble fonctionnel

sanguis ad uterum confluens, ibi que exitum quærens exitum non invenit. Deinde viduis, inprimis ob curas et mœrorem animi, in quem ob mariti obitum, pleræque conjiciuntur: ut et aliis fœminis quibus menses, aut post partum purgationes, ex aliqua causa evidente supprimuntur, aut non recte fluunt. » Sennert, tome III, part. 2, ch. 13, p. 106.

utérin hystérique, ne légitiment pas cependant l'opinion de certains pathologistes, (au nombre desquels on est étonné de compter de Scanzoni), qui considèrent l'utérus comme le siège de l'hystérie ».

La localisation utérine n'était donc pas admise par Bernutz et Goupil ; mais la coïncidence des manifestations hystériques avec les échéances menstruelles n'avait pas échappé à la probité de ces observateurs.

Pour Robert Barnes (1876), « L'hystérie est quelquefois la cause, parfois l'effet, de l'aménorrhée ; elle s'accompagne souvent de dysménorrhée, plus rarement de ménorrhagie. » Le fait de la coïncidence est donc plus exactement précisé et plus fréquemment observé.

Emmet, dans son traité (1887), admet (p. 167) l'influence des désordres de la menstruation sur la détermination des symptômes hystériques ; et il tente une explication sur le mécanisme de leur production.

« Les diverses manifestations nerveuses, dit-il, groupées sous le terme d'hystérie, sont toutes, en règle générale, associées à quelque désordre de la menstruation.— Ces manifestations nerveuses se rencontrent généralement chez les femmes non mariées et stériles,— et à l'époque de la puberté, avant que l'économie ait ressenti l'impression de la menstruation et n'en ait pris l'habitude. — Elles se rencontrent aussi avec l'aménorrhée ou suppression des règles, dans les cas de menstruation peu abondante et douloureuse,— et à l'époque de la ménopause. — Ces états sont plus ou moins associés à quelque altération de la nutrition générale et de l'influence ovarienne. Beaucoup de médecins supposent que l'hystérie est causée directement par l'irritation ovarienne ; mais, tout en accordant que l'hystérie et les lésions ovariennes peuvent co-exister, je ne suis pas disposé à admettre qu'il y ait entre elles une relation nécessaire de cause à effet. L'irritation ovarienne, l'absence d'action de l'ovaire et les différentes manifestations nerveuses

prennent toutes leur source dans une altération de l'action des centres nerveux, résultant d'une nutrition défectueuse.

Emmet ajoute que, « lorsque les centres nerveux ont été soumis à un choc ou à une impression morbide, la cause la plus légère suffit pour faire naître d'un coup toutes les manifestations nerveuses. L'hystérie peut donc, (d'après Emmet,) accompagner tous les troubles utérins ou ovariens, car elle est sous l'influence de la même cause, c'est-à-dire le manque de force nerveuse ; et toute lésion ou tout désordre peut, en réagissant sur local un système nerveux susceptible, exciter en même temps les manifestations nerveuses. » Cette théorie est présentée dans un langage, qui n'est pas celui des modernes auteurs de neuropathologie ; mais ce n'est pas le lieu d'en relever le bon sens clinique. Il suffit d'en retenir la *coexistence de l'hystérie et des troubles menstruels*. Emmet voudrait faire, de cette coexistence *une règle générale*.

Legrand du Saulle n'a pas manqué de faire la part du fonctionnement de l'utérus dans les causes déterminantes de l'hystérie. Il s'en explique (p. 51) dans ce curieux passage :

« L'histoire des causes déterminantes de l'hystérie n'a qu'un intérêt secondaire, parce que ces causes sont de minime importance. Elles font souvent défaut ; et il arrive couramment qu'il soit impossible en face de la névrose confirmée de trouver, en dehors de la prédisposition, aucune explication légitime. La prédisposition est tout, en effet, en matière d'étiologie d'hystérie. Comme nous l'avons vu, la maladie ne naît pas inopinément du jour au lendemain, sans avoir été, le plus souvent, préparée de longue main par l'éducation, par le milieu, par l'hérédité vicieuse. Dès lors, le chapitre des causes déterminantes se réduit à la nomenclature des épisodes, qui ont été, dans les divers cas, et sont, le plus habituellement, — plutôt l'occasion que la cause vraie — de l'apparition des premiers symptômes de la névrose.

» D'après Briquet, l'action d'une cause déterminante inter-

vient dans les 5/6 des cas; une fois sur 7, la maladie se développerait sous la seule influence de la prédisposition. Chez un cinquantième des malades étudiés à ce point de vue par le même auteur, l'hystérie s'est produite sans causes appréciables.

» Lorsque les causes déterminantes interviennent, elles sont soit physiques, soit morales.

» *Parmi les premières il faut ranger les troubles menstruels les diverses affections des organes génitaux, le cancer utérin plus souvent les douleurs de l'accouchement.* Parfois il s'agit d'un simple traumatisme accidentel, ou chirurgical, comme une cautérisation du col de l'utérus. »

M. Auvard, dans son *traité d'accouchements* (1892), étudie l'aménorrhée (p. 671), la dysménorrhée (690) et les relations que ces troubles fonctionnels peuvent avoir avec l'hystérie.

Il prend d'abord la question par un tout autre côté, il envisage la coïncidence comme une question résolue et se demande si la névrose ne se développe pas la première; il va plus loin et ne craint pas de se faire l'écho d'une opinion qui ferait de la dysménorrhée une complication d'une hystérie préexistante. « Toute maladie du système nerveux est capable de produire l'aménorrhée, quand elle aboutit à une perturbation suffisante de l'organisme. *On a également invoqué l'hystérie; tout en admettant la réalité de cette cause, il est probable que bien des aménorrhées ont été rangées à tort sous ce titre étiologique.* »

M. Auvard envisage d'ailleurs les relations de l'hystérie et de la menstruation par le côté spécial de l'élément douleur, même lorsqu'il s'agit de cette sorte de douleur qu'on peut appeler subconsciente. « Certaines femmes ou jeunes filles, avec un système génital irréprochable sont néanmoins atteintes de dysménorrhée. Le système génital n'est pas d'ailleurs le seul à être aussi douloureusement atteint malgré l'intégrité anatomique. Ne voit-on pas des palpitations avec un cœur normal, des gastralgies avec un estomac intègre, des névralgies diverses

sans trace de lésion ? *L'état douloureux a été en pareil cas, attribué à l'impressionnabilité nerveuse, ou en d'autres termes à l'hystérie, dans laquelle on a rangé toutes ces détresses nerveuses.* Le fonctionnement normal de l'organisme est soumis, d'une part, à l'intégrité des organes, et, d'autre part, à l'état physiologique du système nerveux, qui est le régulateur et le conducteur de toute notre physiologie splanchnique ; la douleur qui est, en quelque sorte, la sonnette d'alarme de nos organes, quand leur fonctionnement est compromis, peut dépendre de l'organe même, ou du système nerveux. »

Le même auteur y insiste encore (p. 741) dans son chapitre du « diagnostic des gènesopathies » ; il le fait en y apportant les expressions qui lui sont particulières et la probité d'observation clinique que tout le monde s'accorde à lui reconnaître.

« Le système nerveux, essentiellement impressionnable chez la femme, ne demande qu'un prétexte pour devenir malade. Ce prétexte, qu'il atteigne la volonté, la sensibilité, ou la motilité, est souvent d'origine génitale.

» Volonté. Quand, sans cause apparente, le caractère est notablement modifié, pensez, soit au début d'une grossesse, soit à une gènesopathie ; l'examen direct démontrera si la cause soupçonnée existe réellement.

» Sensibilité. Les troubles de la sensibilité consistent en une impressionnabilité exagérée et en névralgies diverses : les unes directement en rapport avec les maladies génitales, telles que névralgies abdominales, crurales, sciatiques. Les gastralgies, palpitations, céphalalgies, névralgies faciales peuvent dépendre d'une maladie génitale, qu'elle atteigne l'utérus ou ses annexes. *Aussi chez une femme présentant semblables troubles douloureux, ne faut-il pas omettre d'interroger le système génital et souvent, contrairement à l'attente de la patiente, on trouvera dans l'utérus ou son voisinage la cause du mal, et on saura y porter remède. Nombre de thérapeutes ont échoué dans la cure de ces troubles pour n'avoir pas su trouver la cause.*

« Motilité, Paralysies, spasmes, convulsions, contractures, peuvent être d'origine génitale. En dehors de la puerpéralité, qui, soit pendant la grossesse, soit pendant les accidents septicémiques du postpartum, peut être cause d'hémiplégie, paraplégie ou paralysie partielle, les maladies génitales amènent parfois des paralysies d'origine réflexe. Bien que ces paralysies soient très rares, et que leur existence ait été niée par Aran, quelques observations semblent cependant établir leur réalité (1). En tous cas, la présence d'une paralysie, dont la cause ne peut être trouvée, doit conduire à l'exploration attentive du système génital ; et, si on trouve une maladie de ce système, on tentera la cure dans l'espoir de guérir en même temps le trouble moteur. »

C'est d'une toute autre façon, que M. Pozzi expose ce côté de la question dans son traité de gynécologie ; la coïncidence des manifestations hystériques et de l'évolution menstruelle ne lui a certes pas échappé. Les guérisons obtenues, qui sont relatées plus loin, lui sont également connues ; mais il est manifeste qu'une autre préoccupation s'impose à sa plume : c'est l'abus de l'oophorectomie sous prétexte d'hystérie.

Dans son chapitre aménorrhée (p. 592), il signale d'emblée ce fait prépondérant : « l'absence de règles est très fréquente chez les hystériques » ; puis il précise : « L'absence d'écoulement sanguin par les voies génitales à des époques déterminées, constitue le signe capital. Mais il ne faut pas omettre les symptômes nerveux concomitants, qui peuvent parfois être très sérieux et qui se présentent sous la forme de chlorose ou d'hystérie. Quelques troubles sensoriels, affaiblissement de la vue, de l'audition, paraplégie, paraissent être autant sous la dépendance immédiate de l'aménorrhée, que de l'hystérie seule. »

(1) Esnault : *Des paralysies symptomatiques de la métrite et du plegmon péri-utérin*. Thèse de Paris, 1857. — Vallin : *Des paralysies sympathiques de l'utérus et de ses annexes*. Th. Paris, 1858.

Il y revient encore (p. 600) dans son chapitre dysménorrhée et troubles nerveux ; et il prend directement à partie les abus de la pratique américaine, en les attaquant par les bases symptomatologiques et diagnostiques, qui leur servent de prétextes, sinon d'excuses.

« L'apparition de petits caillots est l'indice de la stagnation du sang dans la cavité utérine, et leur expulsion coïncide avec des accès de coliques, parfois très intenses, provoquant des crises hystériformes, pouvant aller jusqu'à la syncope.

» Battey et, après lui, beaucoup de gynécologues, surtout en Amérique, ont attaché une très grande importance à la coexistence de troubles menstruels, aménorrhée et dysménorrhée, avec des troubles nerveux graves, hystérie, épilepsie, manie ; ainsi ont été créés les mots de *oophoralgie*, *oophor-épilepsie*, *oophoromanie*. Il n'est pas douteux qu'un certain nombre de ces malades ne soient sous la dépendance d'un réflexe pathologique, venu des ovaires mal développés ou altérés. Mais la difficulté est extrême pour poser un diagnostic précis et — la réserve du chirurgien doit être grande, — on l'observe trop rarement au-delà de l'Atlantique. A côté d'un petit nombre de cas très nets, *l'influence prépondérante de l'époque menstruelle est évidente*; et, où *l'ovaire congestionné semble être le point de départ de l'aura*, par exemple, dans l'épilepsie, il en est un grand nombre, où les troubles menstruels peuvent évoluer parallèlement, et où la coïncidence n'entraîne pas l'idée de causalité. »

Cette doctrine de M. Pozzi est trop conforme à la dignité professionnelle et à la sage pratique de la chirurgie, pour que nous n'y revenions pas.

Il faut reconnaître toutefois que l'argument est présenté sous une forme contestable.

Et il est de notre devoir de montrer que bien des auteurs voient, dans la coïncidence de l'hystérie et de la menstruation, un rapprochement plus important que celui d'une simple évolu-

tion parallèle. M. Pozzi n'a pas cru, jusqu'ici, que cette coïncidence pût entraîner l'idée de causalité : il n'est pas impossible que, dans la troisième édition de son traité de gynécologie, il ne se décide à faire un pas de plus, comme l'y invitent les arguments du § 3.

§ 3. — **Hystérie provoquée par l'évolution menstruelle.**

Capuron, dans *l'article du dictionnaire de médecine* (1808), affirme que l'hystérie est souvent déterminée par la suppression ou la diminution des règles ; cependant, dans son *traité des maladies des femmes* publié quatre années plus tard, il est moins affirmatif et se demande si les anomalies de la menstruation ne sont pas plus souvent l'effet que la cause de l'hystérie.

Dans son ouvrage sur les accouchements et les maladies des femmes, paru peu de temps après celui de Capuron, Gardien expose ses idées au sujet de la nature de l'hystérie, qu'il attribue à l'état du système nerveux général ; mais Gardien admet que, chez les femmes, elle est le plus souvent liée à un trouble des fonctions de la matrice.

Cherchant à expliquer l'influence considérable des organes génitaux sur l'économie de la femme hystérique, Louyer Villermay s'attache à relever l'importance de l'organisation spéciale à la femme : il la trouve « douée d'une sensibilité bien plus vive que l'homme ; » mais il veut aller plus loin et s'efforce de chercher des arguments meilleurs dans la disposition même du système reproducteur. « En effet l'utérus, situé beaucoup plus profondément, est lié d'une manière bien plus intime à toute l'économie : vivifié par une plus grande quantité de vaisseaux et de nerfs, il est en outre chargé de fonctions bien plus importantes. »

Dans les causes physiques de l'hystérie, il range « l'éruption difficile ou le dérangement du tribut périodique... La puberté et ses approches forment la période de la vie sexuelle, où cette maladie est la plus fréquente ».

« En attendant des faits plus nombreux et des notions plus approfondies, dit-il, nous allons rapporter quelques observations analysées pour servir à l'histoire très incomplète de cette variété (celle que Louyer-Villermay appelle *hystéricisme* et spéciale à l'époque prémenstruelle). — 1^o Une demoiselle, âgée de 14 ans, ressentait presque toujours, dans la veille comme pendant le sommeil, une oppression, un râlement avec resserrement à la gorge, qui augmenta particulièrement depuis l'âge de douze ans. Ces accidents diminuèrent par un traitement approprié, et cessèrent aussitôt après l'apparition des menstrues — 2^o Une autre, âgée de quinze ans, fut prise de légers mouvements convulsifs dans les membres; sa respiration était fréquente et entrecoupée; la malade répétait, continuellement et avec vélocité, ce son : *bia, bia*. Les accès se reproduisaient trois et quatre fois par jour. Ces accidents se sont maintenus pendant plusieurs années, puis se sont dissipés quelque temps après l'établissement des règles. » Il est fâcheux que le professeur de Paris n'ait pas publié d'observations plus démonstratives, qui servent de justification meilleure à sa théorie, si malheureusement soutenue par des arguments presque fantaisistes. Alors même qu'une cause est juste, il lui faut l'appui de bons arguments.

Georget, dont l'ouvrage sur l'hystérie a fait époque et dont l'autorité a été universellement incontestée, a laissé de curieuses lignes, au sujet de l'influence des fonctions menstruelles sur l'apparition des attaques.

La plupart des auteurs, encore aujourd'hui, y pourraient trouver un précieux témoignage d'une exacte et rigoureuse observation clinique :

« L'époque menstruelle est ordinairement orageuse, surtout

si l'écoulement est difficile et incomplet. Des malades n'ont *leurs attaques régulières qu'aux approches de cette époque* ; et, chez celles qui en ont tous les jours ou à peu près, il y a *augmentation dans la fréquence et la violence du mal durant cette période.* » Georget est donc très affirmatif ; il est même d'une précision que confirment les observations plus récentes

A propos du traitement des métrites avec engorgement du col, par l'application immédiate de sangsues sur le col, Guilbert (1826) rapporte deux faits recueillis dans le traité de J. Grisolini (1).

Landouzy, dans les conclusions qu'il tire de l'étude des trois cent quatre-vingt-dix observations d'hystérie, qu'il a analysées, signale ce rapport si fréquent entre l'époque de la menstruation et la périodicité des accès d'hystérie. « *La menstruation*, écrit-il, en dehors de toute anomalie, de toute irrégularité, de tout désordre, *paraît évidemment* chez certaines malades prédisposées, *la seule cause occasionnelle de l'hystérie.* » Puis Landouzy précise davantage : « nous

(1) Lecteur ordinaire de l'Université de Ferrare et médecin de Ferdinand Gonzague, « traité extrêmement rare, peu de bibliographes en parlent et la plupart de ceux qui en parlent ne l'ont pas lu. » Ces faits ont trait à de l'aménorrhée accompagnée d'accidents hystériques.

« 1^o Aménorrhée opiniâtre, suivie de douleurs de tête, palpitations de cœur, dyspnée, faciès mauvais ; application de quatre sangsues à la partie intérieure de l'utérus, et la malade fut rendue à sa santé et à sa *beauté* première.

« 2^o Aménorrhée, suivie de mélancolie, dégénérée en manie proprement dite. La jeune malade voyait des démons ; et elle éprouvait toutes ces misères que décrit Hippocrate dans son *livre des maladies des vierges*. On la croyait possédée du malin esprit ; on avait en vain employé toute sorte de remède, des saignées supérieures et inférieures, etc., et le tout inutilement. On la fit attacher au moyen de bandelettes, et on lui fit appliquer quatre sangsues sur les points désignés. On vint à bout, sans beaucoup de peine, d'obtenir une large évacuation de sang ; et, au moment même, à l'admiration de tout le monde, elle commença à mieux aller ; elle revint à elle, et le sang continuant de couler, elle se rétablit parfaitement. »

avons déjà apprécié la part de la puberté dans ce cas, et nous voyons, dans l'analyse de nos observations, des accès débiter au moment de la première période menstruelle ; s'en aller en même temps que le flux sanguin, pour revenir régulièrement chaque mois ; se suspendre complètement pendant tout l'intervalle qui sépare les époques, ou pendant la grossesse, pour reparaitre dès le retour des règles.

« Quelquefois les attaques ont lieu immédiatement avant, ou immédiatement après, comme accidents précurseurs ou consécutifs de la menstruation ; *dans tous ces cas enfin, l'influence du travail menstruel est d'une évidence telle qu'il y a rapport constant entre la névrose et la mise en activité de l'utérus.* »

Les preuves fourmillent parmi les trois cent quatre-vingt-dix observations de Landouzy, qui se borne à provoquer l'attention du lecteur sur une observation de Claye (*Journal de Corvisart*, XV, 416) relativement à une demoiselle hystérique de 32 ans dont la menstruation était normale mais les accès plus fréquents à l'époque des règles. — Une autre de Brachet (*Recherches sur la nature et le siège de l'hystérie et de l'hypochondrie* p. 132) d'une hystérie, chez une femme de vingt-huit ans, développée, sans cause apparente, dès la première éruption des règles, avec retour des accès à chaque époque menstruelle, et disparition des paroxysmes pendant les grossesses. — Une de Lucas-Championnière (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1836 p. 136) dont les accès hystériques, chez une femme de 24 ans, débutent après une vive émotion pendant la période menstruelle et déterminent une suppression brusque des règles. Les paroxysmes se renouvellent chaque mois tant que dure le flux menstruel, se suspendent pendant toute la grossesse, et réapparaissent dès le retour des règles. — Jacques (*Observation lue à la Société de médecine, Journ. général*, tome XXIX, p. 286) rapporte un exemple d'hystérie à forme méningitique chez une fille de 18 ans avec paroxysmes et syncope complète à l'époque menstruelle, quoique les règles

eussent leur cours normal. — Chomel (*Gazette des hôpitaux*, 23 février 1843) relate une observation d'hystérie après une vive frayeur, chez une jeune fille de 16 ans, avec intensité plus grande des accès à dater de l'établissement de la menstruation. — A noter encore deux exemples d'augmentation des paroxysmes à l'époque menstruelle, chez une jeune fille de 17 ans, dont le premier accès eut lieu après la rétention des règles avec augmentation tous les mois et guérison complète par le retour régulier des menstrues (Pinel, *Nosographie philosophique*, 6^e édit. tome III, p. 287,) — chez une autre de 18 ans, qui a vu le flux menstruel notablement diminué par suite d'une frayeur subite, et une intensité plus grande des paroxysmes à l'époque des règles. (F. Hoffmann, *De motibus convulsivis*, obs. 2) ».

Landouzy achève l'exposé de sa pensée, en critiquant l'opinion de Gardane et de Loyer-Villermay, relativement à l'époque « *de la ménopause*, (p. 416). Que l'hystérie soit parfois mise en cause à cette période de la vie génitale de la femme, personne ne peut le contester ; mais que l'hystérie soit la maladie la plus fréquente de la ménopause comme le veut Gardane ; qu'elle reparaisse avec une nouvelle vigueur comme le veut Loyer-Villermay : c'est le contraire » de la pensée de Landouzy. Nous sommes, comme lui, d'avis qu'il est beaucoup plus commun de voir l'hystérie cesser entièrement à la ménopause, sans pouvoir nier que la névrose « survient quelquefois à cette époque sans s'être jamais manifestée auparavant » (Landouzy, p. 196). Cette petite exception confirme la grande règle si nettement écrite par Landouzy. Il est vrai que Charcot a observé une femme de 47 ans, guérie depuis vingt ans d'une paraplégie par mal de Pott ; à l'époque de la ménopause, étaient apparus des accidents hystériques, simulant un retour du mal vertébral et de la paraplégie. (1888, IX^e leçon) ; mais c'est là une exception. Bernutz a eu raison de l'écrire : « il est rare d'observer le développement de l'hystérie à l'époque

de la ménopause ; il ne l'est pas de voir *reparaître* des accidents nerveux, qui avaient cessé depuis un temps plus ou moins long, ou les accidents nerveux, reprendre une nouvelle acuité, s'ils n'avaient complètement disparu. » M. Grasset admet aussi que l'hystérie assoupie, ou disparue, reprenne un nouvel essor à l'époque de la ménopause. Pour lui « la puberté est l'âge de prédilection pour la naissance de l'hystérie ; la ménopause est un âge de prédilection pour la résurrection de la névrose. » (p. 255.) C'est le mot juste qu'il convient de conserver.

L'influence de la menstruation sur l'apparition des accidents hystériques, paraît bien manifeste encore dans une observation de Forget de Strasbourg rapportée dans la *Nouvelle Encyclopedie des sciences médicales*, (novembre 1847, p. 52). Il s'agit d'une fille de 19 ans, d'assez belle constitution, aux traits délicats, entrée à la clinique de Strasbourg le 8 mai 1842. « Elle raconte, qu'il y a trois ans, elle fut atteinte de rhumatisme articulaire de longue durée. Les règles sont apparues il y a dix-huit mois, et se sont montrées, depuis lors, assez irrégulièrement et accompagnées de douleurs hypogastriques. Puis sont arrivées les palpitations de cœur, augmentant par l'exercice musculaire. *La dernière époque menstruelle a manqué il y a huit jours. Depuis trois jours des spasmes se sont produits.* Le 12 elle signale l'apparition des règles, le soir même survient une nouvelle et dernière attaque d'hystérie. Les jours suivants, les spasmes ne se montrent plus que légèrement. Le 20, la malade, se trouvant bien, demande à sortir, douze jours seulement après son entrée. »

Pour que l'observation fût nettement concluante, il eût été nécessaire que la malade fût suivie longtemps après sa sortie de l'hôpital ; mais, si ce criterium manque, le début des accidents hystériques nous paraît assez significatif. En effet, ce n'est que depuis l'établissement difficile de la menstruation, son irrégularité, que cette fille a vu survenir les douleurs hypogastriques, les palpitations... Les règles cessent tout à

coup ; immédiatement la névrose, jusque là latente, se déclare ; et, cinq jours après, éclatent ses premières manifestations. Le 12, Forget relate l'apparition des règles ; et, le soir même, une dernière attaque d'hystérie survient ; les spasmes diminuent les jours suivants, puis disparaissent tout à fait. Forget rappelle que les auteurs du *Compendium* ont reconnu « qu'en définitive une suppression brusque du flux menstruel n'est qu'une cause déterminante, qui suppose déjà une *forte prédisposition*. » C'est absolument ce que nous avons démontré au chap. III,

P. Briquet, dans son *Traité de l'hystérie* (1859) a laissé croire (p. 162) que « les maladies des organes génitaux ne prédisposent pas beaucoup plus que celles des autres organes à contracter l'hystérie. » Cependant Legrand du Saulle dans son livre « *les hystériques* » (1891), ne manque pas de compléter la pensée vraie de P. Briquet.

« Tout récemment, dit-il (p. 48), et comme pour montrer que, jusqu'aux derniers jours de son existence si longue et si bien remplie, il avait poursuivi le sujet des études de sa jeunesse et de sa maturité, Briquet a résumé à nouveau ses idées sur la prédisposition à l'hystérie dans une communication à l'*Académie de Médecine de Paris* : « Il existe, a-t-il dit, quatre espèces de prédispositions à l'hystérie : la prédisposition par hérédité, la prédisposition directe, la prédisposition par cause pathologique et la *prédisposition par troubles menstruels*. » Cette constatation a d'autant plus d'importance qu'elle vient de Briquet qui, toute sa vie, a combattu la théorie utérine de l'hystérie, pour en faire une névrose purement dynamique.

D'après P. Briquet, « la *prédisposition par troubles menstruels*, la moins fréquente, sur laquelle se greffe parfois la prédisposition héréditaire, est constituée par l'arrêt brusque ou graduel des menstrues, les menstrues douloureuses, les ménorrhagies, l'anénorrhée chlorotique. Ce genre de prédisposition se reconnaît à l'existence du trouble menstruel et à l'absence d'autres causes, à des douleurs dans le bassin et à des hémorrhagies supplémentaires. Il faut noter que dans ces cas

le retour des menstrues, si longtemps qu'ait duré leur suspension, *est le signal de la guérison complète de l'hystérie.* » (Legrand du Saulle, p. 51). L'affirmation est explicite ; elle est même achevée par la sanction thérapeutique, selon P. Briquet. On en verra plus loin le retentissement et plusieurs détails précisés.

James-Henri Bennet, dans son *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus, de son col et de ses annexes*, traduit et annoté par Michel Peter (1864), signale les rapports de l'hystérie avec l'inflammation utérine ; et, à propos de la forme convulsive de la névrose, il accuse la menstruation d'être la cause fréquente de l'exacerbation des accès. « Les convulsions sont généralement alors, mais non pas toujours, provoquées par l'exacerbation qui survient dans les douleurs utérines, par le fait de la menstruation. Elles résultent évidemment d'une action réflexe, survenant avec l'exacerbation de la douleur locale et cessant avec cette douleur. »

Sous le titre « *des névroses menstruelles* », le docteur Berthier médecin à l'hospice de Bicêtre, a publié en 1874 une très intéressante étude de la menstruation dans ses rapports avec les maladies nerveuses et mentales.

Ce travail est trop important pour n'en pas reproduire ici les conclusions in extenso :

« De l'ensemble des faits, du résultat de notre pratique, et de l'opinion de la science, on peut déduire ces propositions, qui en seront le résumé : — 1° Il existe des névroses, évidemment liées, — soit aux troubles de la menstruation, uniquement et directement, — soit à ces troubles causés ou entretenus par un ou plusieurs états pathologiques variables — soit à un état de la menstruation en apparence convenable. — 2° Ces névroses que, pour ces motifs, j'ai appelées menstruelles, et dont la suppression est la cause la plus fréquente, *guérissent le plus souvent avec la régularisation du flux* ; quoique, parfois, la névrose disparaisse avant le retour de la fonction à son jeu

normal. — 3° Infinies par leur forme et leur nombre, elles pourraient figurer une échelle diatonique, commençant au simple mal de tête et se terminant à l'apoplexie ou à la folie, qui, jusqu'à plus ample informé, aurait le plus lourd partage. — 4° Dans cette dernière affection, les règles, même en dehors de tout état causal, exercent une influence marquée sur la marche des symptômes, autant que sur le but final. — 5° La folie menstruelle affecte de préférence la forme de la folie caractérisée par le désordre général des facultés mentales — celle, ensuite, de la folie caractérisée par une perversion des instincts exempts de délire verbal. La nymphomanie et l'hystérie, immédiatement liées aux troubles de la menstruation, tiennent une place secondaire parmi les vésanies, contrairement aux croyances qui ont régné de tout temps. — 6° Les névroses menstruelles occupent une situation importante dans la pathologie — indépendamment des troubles menstruels symptomatiques, qui surgissent dans le cours de ces affections. Et, par l'empire que le corps y exerce sur l'esprit, elles méritent de fixer l'attention du magistrat après celle du médecin. — 7° A raison de leurs complications et de leurs marches, la méthode thérapeutique qui leur est applicable est l'analyse clinique, consistant à donner à chaque élément son rang légitime, à le combattre à son tour, et à attaquer le mal dans sa source, située souvent à une distance fort éloignée de l'utérus. — 8° A ces divers titres, les névroses menstruelles confinent aux névroses diathésiques et aux névroses liées aux états constitutionnels. » On ne peut que s'étonner de ne pas voir le retentissement de conclusions, si nettes et si importantes. On ne les a pas contestées, on ne paraît pas avoir pris la peine de les confirmer.

Bernutz, en examinant dans sa clinique les relations des affections génitales avec l'hystérie, avait laissé de côté l'effet possible des troubles menstruels sur les manifestations de la névrose ; il envisage ce rapport d'une façon plus spéciale dans son article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*

pratiques. 1874, (Tome XVIII, p. 206 et suiv.). Il faut le lire exactement dans sa longue étendue, pour en juger toute la portée.

« Ce dernier élément (les troubles menstruels), dit-il, dont j'avais négligé de tenir compte en discutant, dans ma clinique, l'enchaînement des accidents qu'entraînent les pelvi-péritonites, me paraît aujourd'hui bien plus important que les deux autres: sans doute, l'anémie d'une part, et les peines morales de l'autre, que fait naître l'affection génitale, peuvent contribuer à ce que la névrose se produise; mais il me semble que les troubles menstruels en sont une cause déterminante plus active. Cette opinion est fondée: 1^o sur ce que deux des quatre malades, que j'ai vues affectées d'engorgement vrai de l'utérus, présentaient des accidents hystériques très caractérisés et étaient en proie à des métrorrhagies, tandis que les deux autres étaient indemnes de ces deux sortes de symptômes; 2^o sur ce qu'on voit l'hystérie coïncider très fréquemment à des leucorrhées simples, mais accompagnées de troubles menstruels; 3^o enfin *parce que je suis certain*, pour l'avoir observé deux fois depuis que j'ai commencé cet article, qu'une perturbation menstruelle, en particulier une suppression brusque des règles par émotion morale, survenant chez des femmes jouissant d'une bonne santé, mais douées d'une impressionnabilité assez vive, peut être suivie au bout de quelques heures de manifestations d'une *hystérie grave, que rien ne semblait faire craindre*. L'une des malades a vu disparaître l'aphonie, pour laquelle elle était entrée dans mon service; mais elle reste sujette à des attaques convulsives, tandis que l'autre est en proie à des vomissements incoercibles, qu'aucune médication n'a pu jusqu'ici amender. Dans les cas de cette espèce, il faut, si on ne veut rapporter avec Galien la manifestation de l'hystérie à la résorption du sang menstruel, (qui a servi de point de départ à la théorie des vapeurs, qui a été si longtemps acceptée), admettre que le développement subit

de la névrose est dû à l'ébranlement général qu'a subi le système nerveux, sous l'influence de l'interruption d'une fonction, qui a chez la femme une importance primordiale à cause de ses connexités avec l'hématopoïèse.

» On arrive, en attribuant à la fonction cataméniale le rôle primordial, qui lui appartient dans la physiologie féminine, à comprendre l'importance que doivent avoir comme cause déterminante de l'hystérie les dérangements des règles, qui, en définitive, viennent toujours, quels qu'ils soient, troubler d'une façon ou d'une autre l'hématopoïèse, et par suite ébranler profondément le siège nerveux, auquel incombe de régulariser le consensus, non seulement de la vie végétative, mais encore de la vie de relation.

» L'importance étiologique de la menstruation et de ses dérangements est tellement évidente, que les observateurs qui, depuis Charles Lepois, ont le plus combattu la théorie galéno-hippocratique, à laquelle ce fait a servi de fondement, ont, comme ceux qui ont accepté cette théorie, insisté sur ce point. *Ils ont fait ressortir la fréquence, — non seulement des attaques hystériques à l'époque menstruelle, qui en est, on peut le dire, LE MOMENT D'ÉLECTION, — mais encore celle des cas, dans lesquels la névrose succède si directement à une suppression brusque des règles, qu'on est obligé de reconnaître qu'il existe dans ces faits une relation de cause à effet ; — enfin, la fréquence des cas, dans lesquels on observe une coïncidence si marquée entre les troubles menstruels et le développement de l'hystérie, qu'on ne peut se refuser à admettre une intime corrélation entre les deux phénomènes pathologiques.* — Ainsi Briquet, qu'on ne peut certainement accuser d'exagérer l'influence de la menstruation et de ses troubles comme cause de l'hystérie, indique d'une manière générale : « *que la menstruation, soit normale, soit pathologique, peut être considérée comme prédisposition chez les trois huitièmes des hystériques. »* C'est certainement une proportion moindre que

celle qu'admettait Galien, mais néanmoins énorme, puisque cette prédisposition existe presque dans la moitié des cas. Mon honorable collègue reconnaît, dans l'analyse circonstanciée qui précède, cette conclusion générale : 1° que la première apparition des règles peut donner lieu, quoique moins souvent qu'on ne l'a cru, à la manifestation de l'hystérie; qu'il l'a observée chez sept jeunes filles ; 2° qu'une fois la menstruation établie, le retour de cette fonction peut, alors même qu'elle reste normale, être encore cause déterminante de l'hystérie; qu'il en a été ainsi chez quinze femmes qu'il a observées; mais que la menstruation a surtout cette influence lorsqu'elle est anormale ; 3° il reconnaît que parmi ces anomalies, la suppression brusque des règles a été suivie de la manifestation de l'hystérie, soit presque immédiatement, comme dans les deux observations que nous venons de mentionner, soit au bout de quelque temps comme dans quelques-uns des faits qu'il a rapportés ; 4° il signale que la névrose a succédé, dans dix cas, à des menstruations qui s'accompagnaient, depuis un temps plus ou moins long, de très vives douleurs, mais sans qu'on trouve la preuve qu'il ait recherché, si ces dysménorrhées (comme cela m'a paru dans le plus grand nombre des faits de cette espèce que j'ai observés) n'étaient pas déjà une manifestation de l'hystérie, un symptôme de la période prodromique de la névrose ; 5° enfin, mon honorable collègue indique sommairement que, dans 88 cas, il y avait coïncidence à l'hystérie de troubles menstruels, qu'il ne spécifie malheureusement pas d'une manière particulière, puisqu'il mentionne que dans 41 seulement de ces cas il y avait des signes de chlorose ; et non dans les 47 autres. — En terminant son analyse de l'influence de la menstruation comme cause de l'hystérie, que j'ai rapportée de préférence à toute autre, parce qu'on ne peut l'accuser d'être partielle, il ajoute : — que l'influence de la menstruation se fait sentir bien plus fortement de l'âge de douze à vingt ans qu'en tout autre temps, comme 3 est à 1 ; — enfin que les troubles

menstruels prédisposent bien plus à l'hystérie lente et graduelle qu'à celle dont le début a lieu par une attaque, dans la proportion de 4 à 1. — Nous devons faire remarquer que nous avons également signalé, en étudiant l'influence des pelvi-péritonites sur le développement de l'hystérie, que c'est le plus souvent la forme lente et graduelle de cette névrose qu'on voit succéder aux orchites féminines à répétitions, et que c'est une raison pour attribuer surtout aux troubles menstruels le développement des accidents nerveux dans cette maladie.

» Les circonstances très diverses, dans lesquelles nous venons de voir l'hystérie succéder à des troubles variés de la menstruation, et dans lesquelles ces troubles ont été considérés comme la cause, tantôt prédisposante, tantôt déterminante de la névrose par les observateurs, (qui étaient les plus intéressées, par l'opinion qu'ils défendaient, à dénier cette action), conduisent à attribuer une influence procréatrice très considérable à la menstruation et surtout à ses perturbations. Dans quelques-uns de ces troubles, en particulier dans la suppression brusque des règles par une émotion morale, on est, on peut dire, forcé d'attribuer le développement de l'hystérie à la perturbation violente, que l'arrêt subit du flux cataménial imprime au système nerveux, qui est le seul élément morbide qu'on saisisse ; la soupape de sûreté, destinée à maintenir l'équilibre de l'hématose au moment où elle fonctionnait, a cessé tout à coup de permettre à la perte compensatrice de se produire, et le désordre de toutes les fonctions s'en est suivi. » (Bernutz).

Dans vingt cas de la statistique de Briquet, onze fois la suppression brusque des règles fut suivie immédiatement du développement de la névrose. Ce n'est cependant pas l'évolution brusque, qui est le plus communément observée.

« La manifestation de la névrose est, au contraire, le plus souvent lente et graduée, comme l'a signalé Briquet, lorsque

le trouble menstruel est symptomatique de la chlorose, d'une pelvi-péritonite chronique, d'un engorgement de l'utérus, d'un catarrhe utérin, etc., et consiste en aménorrhée ou en métrorrhagie. »

Nous avons reproduit *in extenso* toute la partie étiologique de l'article de Bernutz relatif à l'influence de la menstruation comme cause provocatrice de l'hystérie. Il y a magistralement exposé, sous ses divers points de vue, les relations de la menstruation avec le système nerveux et partant avec la névrose ; et il examine ces relations, non seulement dans les troubles menstruels, mais encore dans le fonctionnement normal et dans l'effet, que cette importante fonction peut produire sur tout l'organisme de la femme, et spécialement sur son système nerveux.

Il importe de reproduire textuellement aussi l'opinion d'un observateur d'un sens clinique remarqué, Robert Barnes, qui fit paraître en 1876 un *traité sur les maladies des femmes*; où se trouve (p. 148 et suiv.) le résumé des idées de l'auteur.

Robert Barnes étudie d'abord l'influence des époques menstruelles sur le caractère de la femme et il ajoute : « Dans d'autres cas, *l'excitation ovarique produit un accès de ce qu'on appelle hystérie*. Une volonté déterminée peut, jusqu'à un certain point, empêcher ces crises ; mais, quand l'habitude en est prise, l'attaque ne peut, en général, pas être arrêtée. Comme d'autres médecins, j'ai vu la menstruation être précédée d'une attaque d'éclampsie ; dans quelques cas, la malade avait une prédisposition héréditaire à cette forme de convulsions, mais l'action excitante de l'ovaire était nette dans tous les cas. Quelquefois, la stupeur, ou la léthargie, est le symptôme principal, mais ces accidents sont le plus fréquemment la suite de l'hystérie ou de l'éclampsie. Associée avec l'hystérie, ou indépendamment de cette maladie, la passion érotique est le symptôme prédominant ; dans ce cas, la démence n'est souvent pas éloignée. Après avoir commis les actes les

plus désordonnés, qu'on peut pendant quelque temps, attribuer à une dépravation morale, la malade est prise, quelquefois tout tout à coup, d'une manie non méconnaissable, qui exige son isolement. »

« Quelquefois, dit-il plus loin (p. 205 et suiv.), la dysménorrhée est l'expression de quelque forme d'oophorite, en particulier de ce que Négrier appelle la vésiculite. Dans d'autres cas, il existe de la congestion, de la tuméfaction, de la tension de toute la capsule ovarique, qui produit une sorte d'étranglement plus ou moins douloureux.

» Les symptômes locaux, dans ces cas, sont bientôt calmés ou masqués par les phénomènes nerveux divers, qui constituent ce qu'on appelle ordinairement l'hystérie. Le travail de l'ovulation, comme celui de la grossesse, augmente l'irritabilité cérébro-spinale et la tension vasculaire ; enfin, si la tunique ovarienne, ou le follicule lui-même, présente un obstacle à la rupture de l'ovaire, s'il existe quelque état morbide, comme une inflammation subaiguë de l'ovaire, l'ovulation étant gênée et troublée, il peut se produire de l'irritation. La réunion de ces conditions amène souvent ce qu'on nomme l'hystérie.

» Si l'on observe attentivement les phénomènes dysménorrhéïques, dans les cas où il y a tout à la fois ovulation difficile et sécrétion ou excrétion gênée, on trouvera, en général, que les symptômes appelés hystériques, se produisent de bonne heure ; ils coïncident avec le premier stade de la menstruation, le stade ovarique qui précède le stade utérin ou hémorrhagique ; ils s'amendent souvent, quand la sécrétion et l'excrétion se produisent. — Cette observation prouve deux faits : d'abord que les *phénomènes hystériques ont leur cause, non dans l'utérus, mais dans l'ovaire*, — puis, que lorsque l'ovaire a accompli sa fonction, il involue bientôt et se calme. — Des observateurs superficiels ont objecté que les maladies, même les plus graves et les plus visibles de l'utérus et des ovaires, comme le cancer et l'hydropisie ovarique, n'éveillent pas de

phénomènes nerveux accusés; ils en ont conclu, par un à fortiori erroné, que des désordres moins sérieux ne peuvent pas faire les naître. Il est parfaitement exact que les maladies utérines, graves ou légères, amènent rarement par elles-mêmes l'hystérie ou des désordres nerveux ; l'utérus est ordinairement un organe passif, peu sensible ; on peut le couper, le brûler, le manipuler ; il se laisse dévorer par des ulcères malins, sans réagir par des phénomènes nerveux graves. Mais, au moment des règles, la sensibilité s'éveille ; et, si la sortie de l'ovule est gênée, il se produit une hyperémie utérine exagérée et prolongée, avec hyperesthésie.» Il est impossible que des réflexions aussi judicieusement cliniques, ne soient pas confirmées par les observateurs de l'avenir.

Barnes termine par ces dernières considérations qui nous paraissent bien vraies : « Je n'ai point à faire ici l'histoire complète des phases de l'hystérie ou oophorie. *Quoique convaincu qu'il est presque impossible à ceux qui ne s'occupent pas d'obstétrique d'estimer exactement la cause et les conditions de cette maladie, je suis loin d'affirmer qu'il faille l'attribuer uniquement à un état des organes génitaux. Je crois que personne, ceux même qui négligent le plus l'étude de ces organes, ne niera la fréquence de l'association de l'hystérie avec les troubles génitaux. Peut-être ceux qui se dévouent exclusivement à cette étude exagèrent-ils l'importance de ce rapport; il y a sans doute trop d'absolutisme de part et d'autre.*

Donc, pour Robert Barnes, l'excitation ovarique menstruelle en particulier l'oophorite et la vésiculite, la congestion, la tuméfaction de la capsule ovarique, un obstacle à la rupture de l'ovaire au moment de l'ovulation, quelque état morbide de cet organe, telles sont les conditions favorables à l'éclosion de l'hystérie. La réflexion qui termine ses considérations semble porter juste : plusieurs observations personnelles nous permettent de croire que, si l'attention avait été portée davantage du côté des organes génitaux, si leurs fonctions et leurs trou-

bles avaient été interrogés de plus près, le traitement eût pu être plus complet et mieux approprié aux causes, qui avaient fait éclater une névrose qui, sans elle, fût peut-être toujours restée à l'état de menace.

Les rapports des fonctions sexuelles avec les diverses formes de folie sont un sujet du plus haut intérêt clinique. Les cas de manie puerpérale démontrent sans conteste l'influence de l'accouchement sur le système nerveux; et on observe des cas presque aussi frappants, chez les malades qui souffrent de troubles menstruels. Il y a des exemples, qui prouvent qu'une maladie ovarienne est souvent la cause occasionnelle d'une maladie mentale. « Négrier, parmi d'autres cas intéressants, rapporte le suivant: X... âgée de 17 ans, a été réglée à 14 ans, et prise de symptômes hystériformes, en même temps que de troubles menstruels. Après plusieurs crises très rapprochées, cette jeune fille, fort bien élevée, et très intelligente, devint folle, fut prise de délire erotique, se livra à des actes obscènes et prononça des paroles inconvenantes. Enfermée dans un asile, et exposée aux traitements les plus pénibles, elle se remit au bout d'un an, se maria à 19 ans, et eut six enfants, qu'elle allaita. Elle ne présenta plus aucun symptôme de trouble mental.

» La grossesse exerce une dérivation heureuse et puissante dans la folie, surtout si celle-ci tient à un trouble hystérique. Pendant la grossesse, les ovaires sont soumis à la domination de l'utérus. Ce fait est prouvé très nettement par le cas suivant observé par Négrier: X... était hystérique depuis sa nubilité; presque aussitôt après son mariage, elle devint folle; pendant chacune des nombreuses grossesses, elle recouvrait sa raison, qu'elle conservait pendant les premiers mois de sa fonction de nourrice; aussitôt que la fonction ovarienne recommençait, elle retombait dans sa folie.

» Le D^r Chrichton Browne, directeur de West Riding asylum, affirme en ces termes les rapports réciproques du système

nerveux et du système utéro-ovarien : « L'agitation intellectuelle peut troubler l'écoulement menstruel ; et les idées peuvent modifier la nutrition de l'appareil sexuel. » Il en cite un exemple remarquable, que j'ai rapporté en détail à propos de la pseudocyèse. Sous l'influence d'un accouchement imaginaire, une femme, longtemps après la ménopause, a eu une perte semblable à l'écoulement menstruel. C'est, dit Browne, dans la relation délicate et intime, qui réunit le cerveau et les viscères pelviens, (et de laquelle le cas dont je parle est un exemple si frappant,) qu'il faut chercher la cause de la folie hystérique. L'élément qu'on retrouve constamment, dans tous les cas de désordre de ce genre, est un défaut d'équilibre entre l'action et la réaction des centres nerveux et des organes reproducteurs les uns sur les autres. Les fonctions du cerveau et de l'utérus sont certainement troublées ; sans doute, on rencontre des cas d'hystérie pure ; — mais *la folie hystérique, qu'on observe dans les asiles, ne peut suivre son évolution complète, sans que le système générateur soit intéressé.* — Le processus morbide peut avoir son origine dans le cerveau ou dans l'utérus ; mais il s'étend toujours de l'un à l'autre, et trouble l'harmonie fonctionnelle qui constitue la santé.

« Une vaste expérience de la folie hystérique, ajoute Browne, m'a convaincu que cette maladie est TOUJOURS précédée ou accompagnée de quelque dérangement des organes reproducteurs, dont l'existence est le plus souvent démontrée par un trouble ou un arrêt de l'écoulement menstruel. Lors même qu'on ne peut trouver, ni aménorrhée, ni leucorrhée, ni ménorrhagie, on découvrira, si l'on cherche avec soin, d'autres signes de troubles fonctionnels. »

« Je crois pouvoir avancer que, dans la plupart des cas de prétendue hystérie simple, qu'on rencontre dans la pratique ordinaire, on trouvera, en cherchant soigneusement, cette association intime entre les troubles nerveux et les organes

reproducteurs, que Browne a constatée si constamment dans les cas de folie hystérique.

» Au début, les impressions causées par la dysménorrhée s'effacent rapidement ; puis la prostration et l'irritabilité sont continuelles, avec des rémittences ; plus tard, apparaissent des crises hystériques, névralgiques, et d'autres désordres nerveux ; la santé succombe à ces attaques continuelles et aux troubles de la répartition nerveuse. »

Le tableau fait par Robert Barnes est si exact que tout commentaire semble inutile et de nature à en affaiblir la clarté.

On se demande comment cet exposé est resté si longtemps dans l'ombre ; pourquoi les auteurs français, publiés après lui, ont gardé le silence sur un point si important et si bien mis en lumière.

M. V. de Fourcauld, dans son « *Etude sur les troubles du système nerveux central consécutifs aux affections diverses de l'appareil utéro-ovarien* » (1879), — (Mémoire récompensé par la Société Médico-psychologique), écrit à propos de la menstruation les lignes suivantes, qui confirment l'influence de cette fonction sur la production de symptômes hystériques : « Le premier établissement de la menstruation est une source fréquente de phénomènes hystériques ; j'en ai vu un bel exemple sur une jeune fille de 15 ans, dont les règles avaient de la peine à se montrer. Dès que la menstruation devint régulière, (et ce résultat fut obtenu au bout de 3 ou 4 mois), les crises cessèrent. Cette jeune fille est bien réglée aujourd'hui et depuis l'époque précitée l'hystérie n'a pas reparu. Les troubles de la menstruation, l'aménorrhée, la dysménorrhée peuvent donner lieu à des accès hystériques, on en trouvera des observations dans l'ouvrage de Duparcque (1). Il

(1) *Maladies de la matrice*, 1838.

en est de même de la conception, de la puerpéralité et de la lactation. » Cette étude a sa portée ; mais il en est une autre, sur laquelle il est juste d'insister davantage.

Briquet, continuant l'étude du sujet qui lui est cher, et dont il a fait la préoccupation de toute sa vie, spécialement pendant son passage à l'hôpital de la Charité, Briquet donnait le 20 septembre 1881, à l'*Académie de Médecine* de Paris, le résumé d'un travail important intitulé : « *De la prédisposition à l'hystérie par les influences menstruelles.* »

Ce travail se résume dans les conclusions suivantes : « Cette prédisposition présente quelque chose, qui lui est particulier et qui est fort remarquable. — Sur 42 cas d'hystérie complète développée sous l'influence des troubles menstruels, il s'en est trouvé un, dans lequel les menstrues ont réapparu au bout de deux ans, où tous les accidents hystériques s'étaient complètement dissipés et où la santé s'était rétablie ; — un cas où la suspension des menstrues et les accidents hystériques avaient duré un an et demi, après quoi tout s'était dissipé et la santé s'était rétablie ; — un cas de disparition de l'hystérie et réapparition complète des menstrues après onze mois de suspension ; — deux cas de disparition complète de l'hystérie et de réapparition des menstrues après dix mois de suspension ; — un cas de disparition de l'hystérie et de réapparition complète des menstrues après huit mois de suspension ; — deux cas de disparition complète de l'hystérie et de réapparition des menstrues après sept mois de suspension ; — huit cas de disparition de l'hystérie et de réapparition des menstrues après six mois de suspension ; — deux cas de disparition complète de l'hystérie et de réapparition des menstrues après cinq mois de suspension ; — enfin un cas de disparition de l'hystérie et de réapparition complète des menstrues après quatre mois de suspension. — Ainsi, sur un ensemble de 42 sujets devenus hystériques à la suite des troubles de la menstruation, il s'en est trouvé 21 chez qui l'hystérie s'est dissipée aussitôt la réapparition des

menstrues, après une suspension qui avait duré de deux ans à quatre mois. »

Cette communication a eu son moment de succès ; plus d'un journaliste lui a reconnu la plus haute importance et y a signalé une indication thérapeutique de premier ordre.

On s'étonne que les progrès de la gynécologie n'aient pas déterminé plus tôt les médecins et les chirurgiens à rechercher à l'envie les causes locales de la dysménorrhée des hystériques, ou plutôt ce que P. Briquet a nommé « *la prédisposition à l'hystérie par les troubles menstruels*. »

Le docteur Cœ présente à la *Société Obstétricale de New-York*, (15 octobre 1885), l'histoire d'une jeune dame, tout récemment mariée, qui présente à chaque époque menstruelle une hystéro-catalepsie d'origine obscure. On n'a pas constaté de maladies des organes génitaux.

Le docteur Munde a vu plusieurs cas semblables.

Ce sont autant de faits qu'il convient d'ajouter à ceux de Robert Barnes et de bien d'autres.

M. Grasset dans son article (*Hystérie* de 1889, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, tome XV), se borne presque à exposer les recherches historiques, avec des développements étendus ; il ne fait connaître son opinion personnelle, que par deux aphorismes : « L'âge de prédilection pour le développement de l'hystérie est celui qui avoisine l'époque de l'instauration menstruelle ; ou, d'une manière plus générale, l'époque de la puberté. — Si la puberté est l'âge de prédilection pour l'hystérie, la ménopause est un âge de prédilection pour la résurrection de la névrose. »

Au delà de la ménopause le développement de l'hystérie devient une exception tellement rare, que l'on se demande même s'il en existe des exemples authentiques. Je ne veux pas dire pour cela que, comme l'ont avancé Dubois (d'Amiens) et Béclard, et comme l'admet Bernutz, l'abolition définitive des règles fait disparaître l'hystérie. J'ai vu plusieurs vieilles

femmes rester hystériques bien longtemps encore après la ménopause, mais il s'agissait de névroses développées antérieurement. (Grasset.)

Le 29 octobre 1894, nous avons été inopinément appelé à découvrir un nouveau cas de l'influence de la menstruation, sur l'évolution des accès d'automatisme hystérique. Il s'agissait d'une servante de ferme, qui venait de tomber d'un toit élevé de quatre mètres au-dessus d'un sol pierreux. Cette fille, contre toute vraisemblance, s'était risquée sur le toit, sous prétexte d'en chasser une poule, qui du reste n'y était pas. La bizarrerie du fait et de l'explication, nous déterminent à poursuivre quelques recherches : la fille, âgée de 24 ans, a une mère nerveuse, une sœur somnambule ; elle sait qu'une de ses cousines-germaines est morte pendant une attaque de nerfs. Réglée à 15 ans pour la première fois, elle présente des troubles menstruels, surtout de l'irrégularité, vers 17 ans ; elle en rattache le début à un traumatisme très obscurément rapporté. Depuis cette époque, elle est sujette à des accès de somnambulisme et d'automatisme, se lève la nuit, balaie et lave les diverses pièces de la maison paternelle, puis de la ferme où elle est placée ; elle exécute encore d'autres travaux et se remet au lit ; le lendemain à son lever elle est toute surprise du travail inconsciemment accompli par elle-même. Plus tard le somnambulisme survient pendant la journée. La malade ne cesse point d'être à l'état de veille : elle accomplit certains travaux, en y mettant le temps régulier, tantôt un quart d'heure seulement, tantôt une heure entière ; elle s'en acquitte avec un automatisme inconscient, puis revient à la notion des personnes et des choses qui l'entourent, sans conserver le moindre souvenir de ce qui s'est passé pendant l'état second. Cependant les règles conservent leur évolution irrégulière à des intervalles de deux à trois mois, lorsqu'un médecin tient à la mère ce propos : si votre fille devenait enceinte elle guérirait de ses accidents de somnambulisme.

En 1892 survint une grossesse et dès lors cessèrent toutes les manifestations hystériques.

Le 29 octobre 1894, l'accès de somnambulisme, qui avait failli lui coûter la vie, nous semblait tout d'abord bien étrange ; mais nous n'avons pas tardé à découvrir une visite de l'amant, dont cette fille était éloignée depuis plusieurs mois. Il ne nous a pas été possible de pousser plus loin nos investigations et nous avons perdu de vue cette malade, dont l'hystérie ne nous paraît pas douteuse et dont l'origine et la continuité sont bien connexes d'une dysménorrhée, qui a persisté pendant cinq ans.

Nous n'insisterons pas sur d'autres faits qui sont dans nos souvenirs, sans être précisés par des notes rigoureusement recueillies sur l'heure même.

Nous savons que bien des confrères en ont observés de leur côté sans attacher la moindre importance à la coïncidence de l'hystérie et de la dysménorrhée.

Quelques autres ont remarqué cette coïncidence et en ont été frappés au point d'en vouloir supputer le mécanisme malgré ses obscurités.

Personne ne l'a voulu scruter aussi profondément que M. Th. E. Emmet, chirurgien de l'hôpital des femmes de New-York. Il est impossible de résumer sur ce point les quelques aperçus élevés auxquels il est conduit (1) :

« Les désordres nerveux et les troubles fonctionnels réflexes, qui sont le résultat d'une maladie locale des organes de la génération, présentent aux recherches un champ très important. Nos connaissances actuelles nous permettent de reconnaître le rapport général de cause à effet ; mais nous ne pouvons

(1) Emmet. — *La pratique des maladies des femmes*, par Th. E. Emmet, traduit sur la troisième édition et annoté par Adolphe Olivier. Paris 1887, p. 14.

encore expliquer pourquoi, avec un état local en apparence semblable, il peut se produire un ensemble de symptômes nerveux très différent, non seulement chez des individus différents, mais encore chez le même individu à des moments différents. Une irritation locale, relativement légère même, produira fréquemment un trouble marqué du cerveau ou de tout autre portion du système nerveux. D'autre part, le cerveau réagira sur un état local à un degré tel, que, chez certains individus, l'influence de la dépression mentale sur la marche de la maladie utérine est remarquable et absolument évidente.

» Chez les femmes, le système ganglionnaire est développé à un plus haut degré, (et comme volume des ganglions, et comme distribution des nerfs), que chez les hommes; et par conséquent, leur vitalité et leur puissance de résistance aux effets de la maladie sont plus grandes. Mais cette particularité les expose beaucoup plus aux troubles réflexes par suite de désordres ovariens et utérins.

» On a montré que l'influence de l'ovaire, lorsqu'elle s'exerce normalement par le système sympathique sur la nutrition, est un excellent stimulus pour la vie organique. Mais, lorsque ce stimulus a été altéré, ou dévié par suite d'une maladie locale, il s'ensuit ailleurs des troubles fonctionnels réflexes.

» Deux grands centres nerveux sont les réceptifs, directs ou indirects, de toute irritation nerveuse.

» Le cerveau est le centre du système cérébro-spinal; et le plexus solaire, ou cerveau abdominal, comme on l'a appelé, est le centre du système ganglionnaire. Les nerfs spinaux pénètrent dans les ganglions et transportent les impressions au système spinal; et celui-ci les transmet au cerveau. Aussi longtemps que la vie fonctionnelle est bien réglée, le système ganglionnaire est un associé silencieux dans le cercle nerveux, mais un associé occupé à maintenir la nutrition. Chaque système, bien que complet en lui même, est en étroite relation

avec l'autre, et tous les deux, comme les aiguilles d'une montre, ne travaillent harmonieusement ensemble qu'aussi longtemps que chacun d'eux remplit ses fonctions propres, et n'est pas troublé par des influences étrangères. Chaque système est en communication constante avec l'autre, maintenant l'action bien ordonnée et en bon état ; et ce n'est seulement qu'en cas de désordre, que le système sympathique affirme sa puissance pour le mal, en transmettant les impressions morbides du cerveau à travers les nerfs spéciaux. Le cerveau renvoie au ganglion spécial de l'organe l'impression, qu'il a reçue, impression qui se traduit par une douleur dans la zone de distribution de son nerf spinal.

» Dans les classes inférieures des animaux, le système ganglionnaire se développe d'une façon absolument distincte du cerveau. Une impression morbide, prenant naissance dans les organes de la génération, serait transmise au plexus solaire et au système spinal, mais sans trouble réflexe sérieux, au cerveau lui-même. Chez la femme, qui est un type plus élevé de développement, le cerveau est disposé pour participer plus ou moins à tous les troubles qui se produisent dans le cercle utéro-ovarien ; et elle est souvent souffrante, même lorsque ses fonctions s'exécutent normalement. Mais, lorsque, par suite d'une éducation défectueuse, du manque d'éducation morale, ou de quelque shock mental antérieur, le cerveau est devenu d'une impressionnabilité morbide, toute la force d'un trouble quelconque dans les organes de la génération se porte directement sur le système cérébro-spinal. C'est alors que se manifestent certaines formes de maux tête, d'insomnies inhabituelles et de changement de caractère. La femme deviendra irritable ou excentrique ; on verra se développer des degrés divers de l'hystérie, et toute l'échelle des troubles mentaux, même jusqu'à la folie. C'est chez la femme, qui n'a pas été dressée à une contrainte morale suffisante exercée sur sa propre volonté ou sur d'autres agents, que l'on rencontre les

formes les plus marquées de l'hystérie. Il faut faire une distinction bien nette entre l'hystérie, qui peut être tenue en bride, par l'exercice salutaire de la volonté, et les autres troubles nerveux qui sont réellement en dehors de l'action de la patiente.

» Lorsque le développement de l'hystérie a atteint un certain degré et que la femme ne peut plus la dominer, nous avons la catalepsie : c'est un état, dont les symptômes ressemblent au coma et qui résulte d'une maladie du cerveau lui-même. Dans d'autres circonstances, l'état morbide du cerveau dans ses rapports avec les nerfs spinaux se traduit par la perte du mouvement, ou par la simulation de maladies des articulations et de l'épine. D'autre part, l'irritation réflexe peut se manifester à travers le système cérébro-spinal, par un trouble de l'action musculaire, par l'arrachement (?) de muscles spéciaux, par la chorée ou par une première attaque d'épilepsie. Plus le trouble est marqué dans le système cérébro-spinal, plus grandes sont les probabilités, pour qu'on en puisse faire remonter la cause première à quelques erreurs dans l'éducation mentale et physique de l'enfant, qui a perverti la nutrition, ou l'a détournée de son travail normal. Il est fréquent de trouver ces manifestations chez la femme malheureuse, dont le cerveau a été développé et surmené aux dépens de ses organes de la génération ; chez celles qui s'adonnent à la luxure et à l'oisiveté ; chez les victimes du sentiment et du roman ; et, en une forme aggravée, chez les femmes, chez lesquelles manque cette planche du salut de la nubilité, à savoir, une ardeur aux devoirs et un sentiment droit de l'obligation morale.

« La femme, qui a été élevée à maintenir ses émotions à un degré convenable de discipline, et chez laquelle elles ont été tenues en échec par une occupation saine du corps et de l'esprit, n'échappe pas nécessairement à tout degré de trouble. Mais, lorsqu'un trouble se produit, l'effet est passager et elle échappe à la réaction malade du cerveau troublé sur l'affection locale des organes de la génération, qui est souvent une sérieuse

complication. Elle sera plus exposée à souffrir de certains symptômes réflexes, qu'on peut reporter directement à l'action du plexus solaire, ou à éprouver quelques douleurs le long des nerfs spinaux. Une douleur de ce genre peut se traduire par une sensibilité à la pression en un point quelconque de la région de l'épine, ou bien dans les organes de la génération à la partie inférieure de l'abdomen et dans les extrémités. Lorsque le plexus solaire est en défaut, la détresse ne peut mieux s'exprimer que par les paroles d'une Irlandaise ; une défaillance complète « a weakness entirely, » ce qui signifie une sensation subite de dépression survenant sans cause apparente. L'estomac sympathise fréquemment par action réflexe, comme le montrent les nausées, les troubles de la digestion et les maux de tête dyspeptiques. L'action du foie devient irrégulière, les intestins sont constamment distendus par une accumulation de gaz, et parfois il y a de la diarrhée. L'action régulière du cœur est souvent troublée ; et, en fait, il n'est pas un organe dans le corps qui ne puisse sympathiser avec un état maladif des organes de la génération de la femme ; et il n'est pas une partie du corps, qui ne puisse, à un moment quelconque, devenir le siège de névralgies par la même cause. (Emmet).

En résumé, l'hystérie est, non pas causée, mais provoquée par l'évolution menstruelle chez les personnes prédisposées. Elle se manifeste souvent à l'époque de la puberté, se développe communément par la dysménorrhée et les autres troubles menstruels, subit parfois un réveil à l'époque de la ménopause et peut bénéficier d'une importante amélioration, — et même passer à l'état d'hystérie latente et comme guérie, — lorsqu'un traitement approprié a pu réussir à régulariser les phases successives de l'évolution menstruelle.

CHAPITRE V.

HYSTÉRIE ET MÉTRO-OVARO-SALPINGITE.

L'hystérie n'est pas nécessairement connexe de la métr-o-ovaro-salpingite. On a vu au chapitre des causes quelle est notre pensée sur l'ensemble de la question. Mais il est impossible de ne pas remarquer quelle est la fréquence, l'importance et la ténacité de tous les processus inflammatoires chroniques soit qu'ils se localisent à un seul, soit qu'ils s'étendent à toute la série des organes utéro-ovariens.

La question a été bien des fois remuée, même dans notre siècle et par des maîtres, dont l'autorité n'est pas contestable. Elle n'a pas subi l'ample et large discussion des Congrès et des Sociétés savantes. Plusieurs en parlent avec le dédain systématique d'une question importune et avec le parti-pris qui supprime une question gênante pour tel homme qui veut être de son temps et semble craindre le qualificatif de rétrograde et d'arriéré. Plusieurs observateurs consciencieux poussent l'exactitude jusqu'à signaler, décrire et préciser ce qui tient à l'hystérie chez les malades affectées de l'une ou de l'autre des manifestations du syndrome utérin ; mais cette relation n'a guère que la place d'une incidente, quelque chose comme une preuve de loyale sincérité ; une guérison de l'hystérie obtenue dans ces conditions semble tenir peu de place

dans les préoccupations de ceux qui écrivent et dans les satisfactions offertes au lecteur de notre temps.

Sans doute, nous n'avons pas la prétention de réaliser pour l'hystérie l'idéal d'une guérison complète, définitive, sans rechute possible ; nous savons trop l'importance des causes vraies et indispensables, les causes prédisposantes.

Il nous sera bien permis d'observer que la suppression des manifestations de l'hystérie est encore la seule forme réalisable de sa guérison, — cette suppression, fût-elle simplement temporaire, est déjà un important service à rendre à la malade, à ses proches et à son entourage; — la prophylaxie des rechutes est d'une valeur utilitaire, qui supporte même la comparaison avec les recherches si belles, qui se bornent à la description méthodique des symptômes et de la marche de l'hystérie; enfin les indications thérapeutiques, qui reposent sur un élément étiologique, sont déjà plus utiles et plus rationnelles que la médication hypnotique, même la plus puissante.

Alors encore qu'il s'agirait de ne rendre service qu'à un petit nombre de malades, il pourra nous être pardonné de charger ce chapitre d'assez longs développements. Son étendue est d'ailleurs justifiée par la multiplication et la précision des arguments, que nous voudrions trouver assez puissants, pour faire cesser l'espèce d'indifférence sceptique, qui obscurcit la coïncidence de la métro-ovaro-salpingite d'une part, de l'hystérie d'autre part.

Le traitement de la première, lorsqu'il est conduit scientifiquement et avec persévérance, délivre les femmes d'un état maladif, qui les rend à charge à elles-mêmes et aux autres. — Le traitement de la seconde, lorsqu'il est aussi correctement établi et suffisamment prolongé, ne leur rend pas moins de service : il achève de les rendre à la vie régulière en société. — Un pareil résultat est tellement précieux, que nous en désirons profondément l'heureuse et fréquente réalisation. Nous prions le lecteur de suivre patiemment toute l'étendue

de nos recherches; il y trouvera, nous en avons la confiance, le témoignage des faits, la sanction des résultats qui montrent que notre but n'est nullement chimérique.

Il n'en saurait d'ailleurs être autrement: l'hystérie n'est pas toujours de cause utéro-ovarienne; elle évolue quelquefois à l'occasion de troubles gastriques, ou bien à propos de diverses lésions du colon; on sait, — M. le Professeur Bouchard ne nous démentira pas, — combien ces faits sont rigoureusement acquis et sanctionnés par les résultats thérapeutiques.

Si la coïncidence de l'hystérie et du point de départ dans l'estomac et dans le colon est admise, bien que rare, on ne voit pas pourquoi il en serait autrement du système utéro-ovarien, dont l'importance constante, dont les sympathies avec le cerveau, et les fréquentes altérations ne justifient que trop les préoccupations d'un grand nombre d'hystériques.

On nous accordera du moins que l'objet de notre préoccupation ne peut, en aucun cas, devenir un danger ou une difficulté, ni pour la malade, ni pour le médecin.

Qu'il nous soit permis toutefois de bien préciser quelle est notre façon de concevoir la question, au milieu des nuances et des divergences d'expression de tous ceux qui l'apprécient à peu près comme nous-même.

Pour nous, il est juste de « rattacher à certaines affections utérines, ou ovariennes, ou tubaires, l'ensemble des symptômes qu'on désigne sous le nom d'hystérie. Chez les sujets à système nerveux débile ou excitable, l'existence d'un foyer d'excitation continue produit — à la longue — cet ensemble symptomatique, que ce foyer siège dans les annexes de l'utérus, ou dans le colon, ou dans l'estomac. » (Bouchard).

Considérations d'anatomie pathologique.

Avant d'aborder l'étude clinique des affections génitales dans leurs rapports avec l'hystérie, il n'est que juste de signaler

quelques extraits d'observations anatomo-pathologiques, dont la probité écarte toute crainte de parti pris et prouve qu'à toutes les époques on avait remarqué l'existence de lésions anatomiques parfois très appréciables.

Les ovaires étaient quelquefois altérés, hypertrophiés, à l'autopsie de femmes hystériques; les trompes, l'utérus étaient plus ou moins lésés. Ces constatations devaient trouver de nos jours, dans les examens cliniques de quelques-uns de ceux qui ont fait de l'hystérie une étude spéciale, une confirmation digne d'être notée.

Hoffmann partage l'erreur de son temps; il croit que la corruption de la semence suffit seule pour causer des accès hystériques et il ajoute: «Les dissections, qu'on a faites des femmes qui sont mortes de l'affection hystérique, ne laissent aucun lieu de douter de la vérité de ce que je viens de dire. Vésale, (Lib. V, *de Humani corporis fabrica* cap. 15), dit qu'il a trouvé les ovaires des femmes hystériques plus gros qu'une balle, remplis quelquefois d'une humeur jaune et quelquefois d'une liqueur fétide de plusieurs autres couleurs. Riolan, assure avoir trouvé un ovaire durci dont la grosseur excédait celle du poing.

» *In hystericis virginibus, deprehendi testes pugno grandiores, seroso semine turgentes, quin etiam tubam uteri amplificatam et valde dilatatam.* » (Anthropologia, liber. II, 55-632).

» Binnengerus, (Cent. II., observ. 90) rapporte qu'il a vu les testicules (ovaria), les trompes de Fallope et les vaisseaux spermatiques d'une femme, qui était morte de la maladie dont nous parlons, excessivement enflés et farcis d'une humeur épaisse, blanche, quelque peu endurcie, pareille à un stéatome du poids de demi livre.

» Manageta, (in M. N. C. D. I. a I. observ. 32), dit avoir trouvé la matrice et les testicules farcis d'une matière séminale, corrompue, pareille à du lait caillé endurci.

» Et Diemerbroeck, (*Anat. Lib. I de Ventre inferiore*, cap. 24, p. 190), assure avoir trouvé dans les *femmes hystériques*, autour de la matrice, une espèce de tumeur remplie d'une liqueur érugineuse ou jaune. On voit par là de quelle manière la semence corrompue produit cette maladie. » Hoffmann croyait trouver dans une affection, soit des trompes, soit des ovaires, soit dans une pelvi-péritonite, la confirmation de sa théorie de la semence corrompue.

Mais il faut faire abstraction d'une interprétation aussi bizarre; le fait de la constatation des lésions anatomiques est seul bon à retenir; il est le fruit de la concordance de plusieurs observateurs différents qui se contrôlent et se confirment mutuellement.

Louyer-Villermay cite l'observation d'une jeune fille, qui, à la suite d'une frayeur vive, éprouve du dérangement dans ses règles, puis un accès d'hystérie, et meurt le soir.

« On l'ouvrit et on ne trouva aucun désordre autre que le *gonflement des ovaires qui contenaient une foule de vésicules arrondies et gorgées d'un fluide particulier très abondant.* »

A propos du diagnostic de l'hystérie et de l'épilepsie, cet auteur s'exprime de la manière suivante :

« Nous verrons que, chez les hystériques, le cerveau reste constamment intact, quand leur maladie est exempte de complication; et que le désordre, lorsqu'on en rencontre, *existe presque toujours dans l'utérus et ses annexes.* » Et plus loin il ajoute :

« En compulsant les recueils d'observations relatives à ces maladies, nous acquérons la certitude que, dans presque tous les cas de terminaison funeste de l'hystérie, soit simple, soit compliquée, les *principaux désordres se remarquent presque toujours dans l'utérus, les trompes et surtout les ovaires.*(1)»

(1) « Les meilleures sources à consulter pour cet objet sont Riolan, Binniger, Blancardus, Vésale, Diemerbroeck, Morgagni. » (Louyer-Villermay.)

Il est à remarquer que Loyer-Villermay, qui est un défenseur convaincu de la théorie utérine, constate que ce sont surtout les ovaires, qui sont le plus souvent affectés. Cette observation, ainsi que celle qui va suivre, provoquent un rapprochement avec les formes ovariennes de l'hystérie, sur lesquelles Charcot a si souvent appelé l'attention, et où on trouve quelquefois l'ovaire « ayant le volume apparent d'une olive, d'un petit œuf. »

Murat (dans son article *ovaire* du *Dictionnaire des sciences médicales* 1813 tome XXXIX,) signale le gonflement des ovaires plus ou moins considérable chez les femmes hystériques et rapporte à cette occasion les observations suivantes :

« J'ai connu une jeune fille dans mon voisinage, dit Blancard (*Prax. méd.*, p. 175), qui tomba dans une véritable *fureur utérine*; elle mourut lorsqu'on y pensait le moins; à l'ouverture de son cadavre, on trouva l'ovaire droit du volume et de la grosseur du poing; il était plein de liqueur. Une des filles enfermées à la Salpêtrière, qui était déjà tombée plusieurs fois dans la *fureur utérine*, fut enfin surprise d'un si violent accès, qu'on fut obligé de la lier. Dans les efforts qu'elle fit pour se débarrasser de ses liens, elle fut étouffée par une *suffocation imprévue*; à l'ouverture de son cadavre, on trouva l'ovaire gauche du volume et de la grosseur de celui cité par Blancard; il était plein d'une matière blanche, épaisse, que l'auteur de l'observation désigne sous le nom de sperme; la trompe du même côté avait une grosseur double; elle était dure et calleuse (de Blegny, *journal de médecine*, tome 21); des observations analogues ont été faites par Vésale, Riolan Manget, Diemerbroeck, Rivière, Lientaud, etc. »

Landouzy écrit tout un chapitre, (le 6^e) d'anatomie pathologique; et il éprouve le besoin de l'abriter par un texte de Morgagni (1), qui enseigne à ne rien négliger des trouvailles

(1) « *Quam plurimos, tum proprias, tum alias et morborum et dissectionum historias collectas habere et inter se comparare.* » (Morgagni).

d'autopsie ; il y insiste parce que « si l'anatomie pathologique de l'hystérie eût paru autrefois impliquer un non-sens et même une idée formée d'éléments contradictoires, autant elle paraîtra naturelle aujourd'hui. »

Pour Landouzy, « c'est plutôt au défaut de recherches suffisantes, qu'à l'absence de matériaux qu'il faut attribuer le silence presque complet des auteurs sur l'anatomie pathologique des névroses en général, de l'hystérie en particulier. »

Dans une première série de 37 autopsies, où on a constaté des altérations organiques après la mort des hystériques, Landouzy distingue en catégories : 3 lésions de l'encéphale, 4 de l'appareil digestif, 3 de l'appareil respiratoire et circulatoire, et 29 de lésions de l'utérus et de ses annexes. Sans doute, Landouzy a raison de considérer ces chiffres comme insuffisants pour leur attribuer la valeur du « caractère anatomo-pathologique de l'hystérie » ; mais il a raison de faire observer ensuite que « les lésions du système génital sont dans l'hystérie infiniment plus fréquentes que les autres, prises chacune séparément. » (167).

Landouzy élargit le cadre des observations anatomo-pathologiques au-delà des constatations faites *post mortem* ; et il y ajoute les signes physiques, désordres matériels coïncidant avec des accès d'hystérie, sans attendre le contrôle de l'autopsie. Dans ces conditions, il trouve 5 fois l'inflammation simple ou compliquée de l'utérus, sur 27 observations de malades hystériques.

Puis il énumère encore : — un cas d'inflammation de la muqueuse du vagin, — deux cas d'engorgement de l'utérus, — deux cas d'engorgement avec ulcération, — trois cas d'engorgement avec abaissement, — trois cas d'abaissement, — deux cas d'abaissement de l'utérus avec altération du col, — un cas de squirrhe de l'utérus, — un cas de hernie du col à travers un pessaire, — trois cas d'occlusion du col, — une tumeur de la cloison recto-vaginale, — une tumeur de sein, —

une tumeur au-dessous du pubis, — enfin une tumeur à l'épigastre ; en tout, 26 faits sur 27 qui mettent en cause une lésion organique de l'appareil générateur.

Landouzy fait observer que, de son temps, on a encore peu recours à l'exploration de l'appareil sexuel chez la femme ; il signale combien peu de médecins cherchent à approfondir le diagnostic à l'aide de l'examen de l'état organique. Il critique les observations, qui se bornent à signaler la leucorrhée, (qui n'est qu'un symptôme), sans plus ample recherche ; et il se croit le droit de « regarder les désordres matériels de l'utérus et de ses annexes, comme devant être dans l'hystérie beaucoup plus fréquents qu'on ne l'a constaté jusqu'alors. »

Il apporte encore plus de mérites, en y mettant la mesure d'une sage critique, qu'il place sous le couvert d'Andral : « Ce n'est pas dans le point où on découvre une lésion que réside toujours la cause directe des effets qu'elle produit (1). » C'est pour avoir négligé cette observation, remarque judicieusement Landouzy, que tant de pathologistes ont fait varier le siège de l'hystérie, c'est-à-dire le point de départ des symptômes... ; ils ont confondu la cause de la manifestation des symptômes avec le centre même des manifestations morbides (173). Landouzy se défend bien de trouver dans la métro-ovaro-salpingite la spécificité des caractères anatomiques de l'hystérie ; il les considère seulement « comme entraînant dans l'innervation génitale des troubles, dont il est impossible de préciser le caractère, et qui deviennent spécifiques *sous certaines conditions d'âge, de tempérament et d'évolution sexuelle* » ; et il soutient une sorte de discussion contre ceux qui lui objecteraient les faits d'hystérie sans aucune lésion anatomique appréciable. Il n'admet pas non plus qu'on regarde « ces lésions comme étrangères à l'hystérie sous le prétexte qu'elles ne suffisent pas à

(1) *Clinique médicale*, Paris, 1834, p. 734.

en expliquer tous les symptômes. » — « Il faudrait alors, dit Landouzy, regarder les ulcérations du tube digestif comme étrangères à la fièvre typhoïde, la lésion des bronches et des vésicules pulmonaires comme étrangères à l'emphysème, etc., etc. Prétendre qu'une lésion constante donnerait lieu à des phénomènes constants eux-mêmes, n'est-ce pas oublier ces dyspnées intermittentes qui accompagnent l'épanchement pleurétique, ces accès spasmodiques qui accompagnent les affections du cœur, l'œdème ou hydropisie qui accompagne les affections du foie, etc., etc.? Ces effets intermittents d'une lésion permanente se manifestent par suite des modifications diverses apportées à tout instant à l'économie, modifications que Landouzy résume en trois mots pour l'hystérie : âge, tempérament, influences sexuelles. »

Et l'auteur termine par une conclusion de nature à rallier tout lecteur impartial : « la lésion anatomique appréciable à nos moyens imparfaits d'investigations n'est pas tout, mais *c'est une partie du tout, et une des parties les plus importantes à signaler et à approfondir* (175). »

Il est curieux de trouver, en 1846, une conclusion qui soit encore de si pressante actualité.

Méthro-ovaro-salpingite chez les hystériques.

J. N. Guilbert, professeur à la faculté de Paris en 1826, a publié d'excellentes remarques ; il les a malheureusement obscurcies par une malencontreuse confusion du terme hystérie pour indiquer l'inflammation de l'utérus et en même temps la névrose (p. 70-71). « Cependant l'hystérie, maladie très fréquente chez les vierges, y résulte souvent, et *le plus ordinairement peut-être, de la simple phlogose de l'utérus*, et elle peut être guérie alors par les antiphlogistiques seuls, sans aucun antispasmodique.

« Pour nous, ajoute-t-il, nous avons rencontré un certain nombre d'*hystéries vraies*, qui n'étaient que de simples phlogoses du col de l'utérus, ou en dépendaient essentiellement, et qui ont été guéries par des saignées supérieures sans aucun antispasmodique; et nous ne sommes pas les seuls qui ayons fait de semblables rencontres; le professeur Désormeaux nous en a rapporté plusieurs exemples fort remarquables. Mais que les praticiens se rappellent ces circonstances où, cédant à d'heureuses inspirations, ils ont, après avoir épuisé les ressources des antispasmodiques, employé de larges saignées du bras, chez des hystériques menacées de suffocation, et qui, dès lors, ont été presque immédiatement guéries: sans doute que, dans ces circonstances, il s'agissait de l'état que nous signalons en ce moment. Probablement, il y avait aussi phlogose du col de l'utérus, chez ces deux femmes mariées, dont parle Pomme, et qui éprouvaient des accès d'hystérie, précisément toutes les fois qu'elles avaient reçu leur mari. (1) »

Il n'y a pas lieu d'insister sur les interprétations de Guilbert ni sur la valeur de la saignée supérieure qu'il croit devoir préconiser. On trouve dans son traité des considérations pratiques sur certaines affections de l'utérus, en particulier sur la phlegmasie chronique, des faits consciencieusement observés et qu'il est bon de ne pas laisser tomber dans l'oubli. Nous en retiendrons seulement l'observation suivante (p. 6), qui démontre l'influence d'un bon traitement de la métrite du col pour guérir l'hystérie, qui seule préoccupait la malade: « J'ai observé une jeune personne, dont on disait qu'elle était *hystérique seulement*; elle me présenta tous les signes d'une phlogose intense du col de l'utérus; un traitement, qui se rapportait surtout à la considération de cette phlogose, lui fut

(1) Du *Traité des affections vaporeuses*, p. 79.

bien plus utile que tous les moyens vulgairement employés contre les névroses. »

Vingt ans plus tard, la même question redevenait d'actualité à Strasbourg par les travaux simultanés, mais parfaitement distincts, de Schutzenberger et de Forget.

Forget expose à sa manière (1) l'influence des lésions matérielles de l'utérus comme cause provocatrice de l'hystérie ; il répudie les idées des auteurs qui faisaient de l'utérus le siège de l'hystérie et tient un langage que nous ne pouvons qu'approuver, sinon dans la forme, du moins dans le fond : « donc l'hystérie est un phénomène distinct des lésions utérines ; et, si ces lésions se trouvent quelquefois jointes à l'hystérie, si la lésion utérine est parfois la cause provocatrice de l'hystérie, comme il appert de quelques observations, notamment de celles de Dugès et Boivin, c'est que cette lésion rencontre la diathèse hystérique, lui donne l'éveil et provoque ses manifestations. La névropathie est donc la condition *sine quâ non* de la maladie, et non pas la lésion de l'utérus, qui n'en est que l'occasion. etc. »

L'auteur étudie ensuite les lésions de l'ovaire comme point de départ variable de l'hystérie ; il fait remarquer que son collègue Schutzenberger est venu défendre après lui cette doctrine, déjà admise « par Sauvages, Astruc, Boivin et Dugès, Piorry et d'autres peut-être ; (on a vu dans l'historique que Lorry, en France, était un des premiers à signaler la douleur ovarique ; il est juste d'y ajouter Noël Guéneau de Mussy).

Forget examine si la douleur est bien toujours symptomatique d'une lésion de l'ovaire et il la met en doute. «Cependant, dit-il, cette localisation est probable, alors qu'il existe des raisons légitimes d'admettre une maladie de l'appareil génital ; alors surtout que l'ovaire tuméfié, enflammé, dégénéré, peut

(1) *Encyclopédie des Sciences médicales*. Décembre 1847, p. 39.

être positivement perçu à la palpation : aussi admettons-nous que cet organe peut être le point de départ des accidents hystériques comme tout autre, peut-être plus que tout autre organe; mais nous voulons que son affection soit appuyée de preuves plus péremptoires que la simple douleur du flanc. Allons plus loin, et supposons que la lésion de l'ovaire soit avérée : encore faut-il admettre chez le sujet la préexistence de la diathèse, de la constitution névropathique, dans laquelle réside la condition essentielle, la cause formelle de l'hystérie dont la lésion ovarique ne serait que l'occasion. »

Mais où le professeur de Strasbourg commet une erreur qu'il ne pouvait éviter à l'époque où il écrivait, c'est lorsqu'il rapporte à l'ovaire un écoulement qui ne provenait, bien évidemment, que de la trompe, c'est lorsqu'il dit : « Une seule fois nous avons rencontré l'hystérie liée à une affection de l'ovaire ; c'était chez une dame portant une hydropisie enkystée de cet organe, laquelle se vidait partiellement de temps en temps par le vagin : encore les attaques ne coïncidaient-elles pas avec le plus grand développement du kyste », p. 41.

Dans la page suivante Forget relate plusieurs cas d'hystérie d'origine gastrique et un d'origine hépatique. Aussi admet-il la doctrine des auteurs du *Compendium*, à savoir que « l'hystérie peut éclater à l'occasion d'une maladie quelconque, mais plus spécialement de la matrice et des organes du bas-ventre. »

C'est précisément ce que notre travail tend à démontrer.

Landouzy, dans son traité complet de l'hystérie, s'étonne que les pathologistes de son temps s'accordent à placer dans l'utérus le siège de l'hystérie, tandis qu'ils ne signalent pas les altérations de l'utérus parmi les circonstances étiologiques, bien que celles-ci fussent signalées par des auteurs très anciens.

H. Landouzy se montre très déterminé sur ce point; ses nombreuses observations ne lui laissent aucun doute sur l'influence des lésions utérines, soit dans la production de la

maladie, soit dans le renouvellement des paroxysmes. Il précise comment « on voit résulter l'hystérie, tantôt d'une inflammation aiguë, tantôt d'un simple engorgement, tantôt d'une ulcération, tantôt de l'abaissement de l'utérus. Et ce qui donne à la plupart de ces faits un cachet de précision incontestable, c'est la relation constante de cause à effet, la coïncidence parfaite du début, la marche et la guérison de la lésion utérine. »

L'auteur ajoute à ces éléments de causalité, non seulement l'évolution du squirrhe utérin et l'étranglement du col de la matrice dans l'anneau d'un pessaire, mais encore l'action des injections astringentes, (déjà signalées par Harvey et Bonnet); celle de l'occlusion congénitale ou acquise de l'isthme ou du col de l'utérus; enfin et surtout « la sensibilité de l'appareil génital, à tel point que chaque tentative d'union conjugale, chaque exploration par le spéculum, ou par le toucher, provoque immédiatement des accès » (205). Et Landouzy insiste, non seulement sur ses observations personnelles, mais encore sur les « faits rapportés avec une remarquable précision par Lisfranc (1) et Duparcque (2) et dans lesquels on peut suivre pas à pas, pour ainsi dire, les rapports des altérations fonctionnelles aux altérations organiques ; le doute n'est plus permis sur la part que peuvent avoir les affections de l'utérus dans la production de l'hystérie; et Landouzy répète ce curieux propos de Lisfranc : « Avancera-t-on que les affections de la matrice devraient produire l'hystéricisme ? Pitoyable objection ! c'est tout comme si l'on voulait admettre que la même cause occasionne toujours les mêmes effets. » C'est bien en effet l'opinion de Landouzy comme celle de Lisfranc : si l'influence des lésions utérines

(1) Lisfranc, *Clinique Chirurgicale de la Pitié*, tome II.

(2) Duparcque, *Maladies de l'utérus*, tome I^{er}.

est fréquente sur l'hystérie, il n'en faut pas faire une condition absolue *sine qua non* de la névrose.

Martel, dans sa thèse (1848), soutient que « l'hystérie dépend d'une lésion fonctionnelle des ovaires ». Il appuie ses conclusions sur les nombreuses observations, tant anciennes que modernes, à l'aide desquelles il prouve que, souvent, chez les femmes hystériques, on a trouvé des lésions des ovaires, sur ce que l'hystérie ne se manifeste que pendant la période de la vie où fonctionnent ces organes. Pour Martel, « de même que la femme est toute entière dans les ovaires, de même aussi l'hystérie emprunte toujours de son cachet caractéristique à une lésion d'un de ces mêmes organes. »

Aug. Nonat, médecin de la Charité dans son *traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, (1860) appelle (p. 376) l'attention des médecins sur l'origine possible des troubles utérins comme cause de symptômes hystériques. Nous nous permettons de faire remarquer à cette place, combien les gynécologistes sont les plus nombreux parmi les auteurs appelant l'attention sur les troubles ou les lésions de l'appareil génital comme point de départ de symptômes hystériques. Il est possible que, dans certaines circonstances, des hystériques traitées seulement pour leur névrose, verront les accidents nerveux persister, malgré les traitements les plus judicieux et les plus variés, jusqu'au jour où la recherche du point de départ des accidents hystériques l'aura fait découvrir : la cure de l'affection causale suffira à diminuer ou à guérir la névrose bien plus sûrement que le traitement moral, l'hydrothérapie et les bromures.

« Nous n'avons pas l'intention, dit Nonat, de tracer ici une description de l'hystérie, nous voulons seulement chercher à faire prévaloir — cette vérité, — encore méconnue par un très grand nombre de médecins, — à savoir, que l'affection peut avoir pour origine et pour point de départ une phlegmasie chronique de l'appareil génital. »

Après avoir passé en revue les auteurs qui l'ont précédé avec leurs théories, Nonat signale Pujol, comme étant le premier qui ait déclaré que l'hystérie dépend d'une inflammation chronique de l'utérus; cet auteur a eu le tort de généraliser les conclusions de quelques faits particuliers.

Mais, dit Nonat, l'auteur qui a exprimé dans les termes les plus précis et les plus catégoriques le rôle pathogénique des affections utérines sur les accidents hystériques, c'est Lisfranc.

On peut lire dans le tome second de sa clinique chirurgicale les pages qu'il a consacrées au développement de cette doctrine.

« Un très grand nombre de personnes affectées d'hystérisme ont, dit-il, des fleurs blanches abondantes: presque toutes sont soumises à des anomalies menstruelles: la grossesse et l'accouchement peuvent diminuer, suspendre ou dissiper même l'hystérie: J'ai guéri beaucoup de femmes de cette maladie en combattant victorieusement des affections morbides utérines.»

« Or, il est impossible de nier l'influence très commune de la matrice sur la production de l'hystérie. Mais en est-elle la cause constante? Non certainement. Tous les médecins qui voudront observer avec impartialité partageront cette opinion.»

A l'appui de sa doctrine, Lisfranc rapporte avec détail quatre observations très concluantes et auxquelles il ne manque encore, dit Nonat, pour être exactes, que de substituer les mots engorgements periutérins aux mots engorgements utérins. « L'expérience clinique nous a appris depuis longtemps, dit cet auteur, à adopter les idées de Lisfranc sur ce sujet. Nous sommes bien persuadé que l'hystérie peut, dans un très grand nombre de cas, comme la plupart des névroses, se manifester, sans qu'il soit possible d'en bien préciser la cause, l'origine et le siège matériel; c'est ce qui explique, c'est ce qui autorise en quelque sorte, les hypothèses nombreuses qui ont été émises sur chacun de ces points; mais nous croyons aussi qu'il est des circonstances où cette affection est étroitement liée à une phlegmasie de l'utérus et de ses annexes. Vainement on cher-

cherait à nier cette assertion par des raisonnements et des considérations théoriques : nous possédons un grand nombre de faits contre lesquels ne sauraient prévaloir les subtilités de la dialectique la plus serrée, et où viendraient se briser les efforts de l'argumentation la plus hostile. Ces observations se trouvent relatées avec détail dans la seconde partie de cet ouvrage. On pourra se convaincre, en les lisant, que toutes les personnes qui en font le sujet, n'ont vu se déclarer les accidents hystériques que dans le cours d'une métrite chronique simple ou compliquée d'un engorgement *peri utérin* ; que la marche des accidents nerveux était complètement subordonnée à celle de la phlegmasie utérine ou *péri-utérine* ; que les crises hystériques, les accès, étaient constamment précédés d'une douleur dans la région primitivement affectée ; qu'ils éclataient sous l'influence de toutes les causes capables d'exalter la sensibilité des organes génitaux ou d'exaspérer l'irritation morbide dont ils étaient le siège ; qu'on pouvait les provoquer artificiellement par une action mécanique portée sur la matrice ou sur ses annexes (cathétérisme utérin, pression exercée sur le col ou sur le tissu cellulaire *péri-utérin* engorgé) ; que ces crises étaient d'autant plus répétées et d'autant plus véhémentes, que la phlegmasie de l'utérus et ses annexes était plus intense ; qu'elles diminuaient de force et de fréquence, à mesure que cette phlegmasie marchait vers la résolution ; enfin que les émissions sanguines, ordinairement si funestes aux névroses idiopathiques, exerçaient ici une influence également salutaire sur les phénomènes hystériques et sur la métrite chronique ou le phlegmon *péri-utérin*. Ces preuves ne suffisent-elles pas pour établir les relations sympathiques d'une maladie avec un autre état morbide ; et en faut-il davantage pour démontrer la vérité de cette proposition, qu'assez souvent l'hystérie peut avoir pour siège l'utérus, et pour origine une phlegmasie de cet organe ou de ses annexes ?

» Mais, de ce qu'une femme atteinte de métrite interne est en

même temps sujette à des attaques d'hystérie, nous ne prétendons pas que toujours les accidents nerveux soient nécessairement liés à la phlegmasie utérine. L'hystérie peut avoir précédé la maladie de matrice, et, dans ce cas, elle en est indépendante ; ce n'est plus alors une névrose symptomatique, c'est une complication des plus rebelles et des plus fâcheuses, car elle constitue un des obstacles les plus sérieux à l'efficacité du traitement ordinaire de la métrite. Nous possédons plusieurs exemples qui mettent ce fait hors de doute. Nous croyons donc utile d'exposer en quelques mots les caractères à l'aide desquels on pourra distinguer l'hystérie idiopathique, indépendante de l'affection utérine.

» Dans l'hystérie symptomatique, les accidents nerveux ne se montrent qu'après la manifestation des troubles utérins ; l'explosion de l'accès est toujours précédée d'une douleur plus ou moins intense dans le bas-ventre, ou d'une exaspération de la douleur, si déjà elle existait antérieurement ; toute cause capable de réveiller ou d'exalter la douleur utérine, soit directement, comme la fluxion menstruelle périodique, soit indirectement, comme une émotion vive, une souffrance ressentie dans une autre région du corps, provoque à peu près infailliblement une crise ; on peut également la faire naître en irritant mécaniquement la matrice ou ses annexes par le toucher, par le cathétérisme utérin, la cautérisation, ou toute autre opération douloureuse pratiquée sur ces organes. Enfin, comme nous l'avons déjà dit, la marche de l'affection hystérique est sous la dépendance de celle de la métrite chronique ou du phlegmon péri-utérin ; elle en suit à peu près toutes les phases, toutes les oscillations, et, loin de s'aggraver comme l'hystérie idiopathique, sous l'influence des émissions sanguines, elle en tire les mêmes avantages que la phlegmasie utérine ; elle diminue d'abord, puis elle finit par disparaître à mesure que s'opère la résolution de l'état inflammatoire. Les bienfaits de la saignée sont tellement prompts et tellement prononcés chez

quelques personnes, que celles-ci sentent les phénomènes nerveux s'amoinrir et se calmer, à mesure qu'elles perdent du sang; et nous avons rapporté l'heureuse expression d'une de nos malades qui nous disait *qu'elle sentait ses nerfs couler avec son sang*.

» Rien de semblable ne s'est jamais observé dans l'hystérie idiopathique.»

Si à l'engorgement péri-utérin, qui tient ici une trop grande place, on ajoutait la salpingite, et l'ovarite, on trouverait le tableau complet et exact des affections génitales et leur influence sur la provocation des manifestations hystériques.

L'opinion de Nonat est d'ailleurs solidement assise sur des faits. Un de ses internes, M. Brisson, rapporte⁽¹⁾ l'histoire d'une personne de 21 ans atteinte de menstruation irrégulière, de pertes blanches et de resserrement douloureux dans tout le bas-ventre, — avec cette circonstance particulière que le soulagement se manifestait après l'écoulement d'un liquide analogue à du blanc d'œuf. — Plus tard ont apparu des crises douloureuses dans le bas-ventre, la hanche, la jambe et le bras du côté gauche, avec des mouvements convulsifs et tous les autres symptômes de l'hystérie. (*sic*) — Nonat institue un traitement qu'il qualifie rationnel et qui comprend non seulement des bains mais encore et surtout des ventouses, des vésicatoires et une cautérisation transcurrente sur le bas-ventre. Cette méthode fut justifiée par l'événement : les douleurs se sont calmées et les crises ont disparu. — Nonat avait cru d'abord à une concomitance des accidents utérins et des manifestations hystériques; mais il exprime dans sa clinique comment « il a pu se convaincre que la métrite interne était la maladie principale et que les phénomènes hystériques devaient être considérés comme un des nombreux effets de l'affection utérine. Ce qui nous a

(1) *Gazette des hôpitaux*, 5 novembre 1857.

permis d'établir qu'il en était ainsi, dit-il, c'est qu'il existait dans ce cas un symptôme, qui, déjà plusieurs fois, nous avait conduit à distinguer l'hystérie symptomatique de l'hystérie idiopathique. — Ce symptôme, qu'on ne trouve jamais dans l'hystérie proprement dite, c'est la douleur du bas-ventre, qui précédait et accompagnait les crises hystériformes. »

L'année suivante, Nonat inspire un nouvel article pour relater la coïncidence d'accidents hystériformes — avec la péri-métrite chez une malade, la métrite interne chez une autre. — « Le traitement employé contre ces deux affections a fait disparaître l'hystérie et depuis lors la guérison s'est soutenue. »

Puis il rapporte l'histoire d'une malade atteinte de métrite avec antéflexion et compliquée de péri-métrite. Cette malade souffrait en même temps de douleurs de bas-ventre avec exacerbation pendant la menstruation et surtout pendant l'aménorrhée. Ces douleurs étaient accompagnées d'attaques hystériformes, ou bien elles étaient provoquées par le cathétérisme rendu nécessaire par l'anurie. Nonat commente le fait pour écarter toute idée d'hystérie idiopathique : La coïncidence très précise des attaques avec le cathétérisme ou avec les exacerbations douloureuses lui sont d'excellents arguments pour en faire de l'hystérie symptomatique. Ce sont, dit-il, des symptômes d'hystérie, de troubles nerveux, contre lesquels on lutterait en vain, si l'on n'attaquait directement la lésion qui les produit et les entretient, c'est-à-dire l'affection de l'utérus et du tissu cellulaire péri-utérin. (1)

Nonat rapporte encore l'observation d'une femme de 34 ans, très impressionnable, entrée à la Charité le 30 avril 1857. Réglée à 13 ans d'abord avec une périodicité normale, elle eut ensuite une aménorrhée avec gastralgie, douleurs lombaires et hypogastriques, malaise général et débilité extrême. Tous

(1) *Gazette des Hôpitaux* — 16 mars 1858.

les symptômes s'améliorent, lorsque l'aménorrhée cessait temporairement; puis apparaissent des douleurs menstruelles internes qui se calment l'été suivant pour reparaître encore dès le commencement de l'hiver. Alors les crises sont plus violentes que jamais, s'accompagnent de vomissements incoercibles, de coliques de bas-ventre, de maux de reins, d'efforts expulsifs avec attaques de nerfs fréquentes et avec sensation de douloureux tiraillements dans toute la moitié inférieure du rachis et dans les deux membres inférieurs, surtout le gauche. Un médecin s'efforce de combattre la gastralgie; un autre croit à une maladie de la moelle épinière et fait appliquer des vésicatoires sur le rachis; un troisième, opinant dans le même sens, fait succéder les sangsues et les cautères sur la région lombaire à une nouvelle application de vésicatoires. — La malade n'en n'est nullement soulagée et entre dans le service de « Briquet qui la traite comme hystérique d'abord, et plus tard, comme hypocondriaque. Au bout de deux mois et demi, la malade sort beaucoup plus souffrante qu'à son entrée. » — Nonat, qui l'observe alors pour la première fois, la trouve amaigrie, affaiblie, profondément découragée; il se préoccupe tout particulièrement de la persistance des douleurs hypogastriques, particulièrement à gauche: ce sont des fourmillements et des élancements du dos et du rachis, avec des irradiations vers le cou et les membres inférieurs, surtout du côté gauche. Lorsque la douleur s'exaspère, survient une « crise hystériforme de la plus grande violence », qui dure quinze à trente minutes et qui se renouvelle tantôt à 48 heures d'intervalle, tantôt plusieurs fois le même jour. — La malade signale une perte non sanguine très abondante, survenue depuis la dernière époque. — Nonat constate l'intégrité de l'hymen et s'abstient de pratiquer le toucher vaginal. L'exploration par le rectum provoque une « attaque de nerfs épouvantable » et fait reconnaître un empâtement de deux ligaments. Peu de jours après, la malade signale un retour de

douleurs lombaires intenses : Nonat y trouve l'indication d'une cautérisation transcurrente *loco dolenti* ; il la pratique incontinent et observe une nouvelle attaque de nerfs ; six jours plus tard, apparaissent des règles, qui sont moins douloureuses que les précédentes et ne s'accompagnent pas d'accidents hystériques. Lorsque les règles sont terminées, un bain entier, loin de soulager la malade, ramène les douleurs ; mais Nonat, qui signale ce fait, n'est pas renseigné sur l'issue de la colique salpingo-utérine ; il ne signale pas l'évacuation du liquide salpingien dont la malade n'a probablement pas compris l'importance, « cependant il n'y a plus de vomissements, ni d'attaques de nerfs » ; dix jours plus tard, une manifestation hystérique paraît être occasionnée par la constipation. Le mois suivant, une nouvelle attaque de nerfs paraît imputable à une vive contrariété ; les cataplasmes chloroformés ne font qu'exalter la perturbation nerveuse, qui est calmée par des lavements émollients et des onctions d'axonge laudanisé. Pendant les deux périodes menstruelles suivantes, il y a bien encore des attaques de nerfs ; mais elles ne sont plus accompagnées d'irradiations dans les membres et elles sont de moins en moins importantes. Nonat les a d'ailleurs calmées par les mêmes moyens. La fois suivante, « sous l'influence de la congestion menstruelle, Nonat signale encore le retour des mauvaises digestions et des souffrances du bas-ventre et des reins ; mais il n'y a plus de crises hystériformes et les règles amènent un grand bien-être, qui est encore augmenté par l'application de sangsues. » L'amélioration se confirme jusqu'à l'hiver suivant ; alors apparaissent les rechutes, qui concordent avec les périodes de règles dysménorrhéïques. Nonat y applique avec persévérance sa méthode de traitement, qui comprend les émissions sanguines locales (sangsues, ventouses), les vésicatoires, cautérisations transcurrentes sur la région lombaire et surtout sur l'hypogastre, bains, lavements. Il profite de l'occasion d'une douleur plus intense pour accepter les dispositions

résignées de la malade, à supporter une exploration qui amène à découvrir tous les signes d'une métrite interne. Nonat y fait d'abord le « cathétérisme utérin deux fois par semaine, pendant trois semaines ; il pratique ensuite le râclage de la face interne de l'utérus avec la curette qui ramène cinq granulations du volume d'un grain de chénevis (sic); puis il fait successivement six cautérisations intra-utérines d'une solution de nitrate d'argent, sans interrompre les autres éléments du traitement; il a ainsi obtenu une guérison complète, qui persistait encore au moment de la publication de cette importante observation (deux ans).

Nonat eut encore à traiter une personne de 21 ans, dysménorrhéïque depuis trois ans, avec pertes blanches assez abondantes douleurs hypogastriques, surtout à gauche, vomissements et dysurie. Depuis deux ans, il y avait une rétention complète d'urine et depuis six mois, il s'y ajoutait une aménorrhée avec recrudescence des douleurs du bas-ventre et crises nerveuses hystéroides.

Celles-ci se répétaient une et même deux fois par jour sous l'influence du cathétérisme vésical. En 1857, Nonat observe la malade, constate l'existence du globe vésical ; le passage de la sonde est très douloureux; le toucher vaginal l'est également et démontre une antéflexion utérine et des foyers inflammatoires dans le cul-de-sac antérieur et dans chacun des deux ligaments larges. Le col utérin, petit, conique, très rouge et injecté, laisse évacuer une abondante sécrétion, qui ressemble à du blanc d'œuf. Nonat ne fait qu'augmenter les souffrances de la malade en essayant de combattre la rétention d'urine par l'électricité; il n'est pas plus heureux par l'usage de la belladone, les injections d'eau froide dans la vessie, le cathétérisme gradué, les douches froides générales; « il s'attaque en dernier lieu à l'engorgement péri-utérin par les moyens suivants : Six saignées de 45 à 90 grammes, quatre applications de ventouses scarifiées sur les reins, cinq applications de quinze sangsues, trois vési-

catoires volants, quatre cautérisations transcurrentes; calmants, bains, repos, régime sévère. Sous l'influence de ces médications, les accidents diminuèrent graduellement; et, au bout de cinq mois, les douleurs de bas-ventre avaient disparu, ainsi que la rétention d'urine et les crises hystérimiformes; les règles, qui étaient supprimées depuis longtemps, vinrent à leur époque accoutumée, le 19 octobre. Depuis ce moment, elles ont continué de paraître très régulièrement. J'ai pu m'assurer, ajoute Nonat, que les crises nerveuses étaient, comme je l'avais pensé, intimement liées à la phlegmasie péri-utérine; car, à mesure que l'engorgement péri-utérin marche vers la résolution, les douleurs de bas-ventre allèrent elles-mêmes en diminuant, les urines reprirent peu à peu leur cours naturel, les crises s'éloignèrent et elles finirent par cesser complètement. Depuis que la malade est sortie de l'hôpital, sa guérison ne s'est pas démentie. »

Une couturière de 22 ans avait souffert du bas-ventre et de l'estomac pendant deux ans, avant le commencement de ses règles. Au moment où celles-ci apparurent les douleurs augmentèrent. Cinq ans plus tard, cette malade eut une grossesse pénible et un accouchement difficile. Six semaines après son accouchement, elle entra à l'hôpital Necker, Moneret cautérisa huit ou dix fois le col de l'utérus au nitrate d'argent, mais les douleurs qui existaient ne firent que s'accroître et elles s'accompagnèrent de crises hystérimiformes. Onze mois après son accouchement, elle entre dans le service de Nonat à la Charité; elle éprouve alors dans le bas-ventre un sentiment de pesanteur avec des douleurs très intenses, surtout à droite. Les douleurs s'irradient dans les membres inférieurs, dans les régions sacro-coccygiennes, lombaires, costales et même axillaires; le membre inférieur droit est très débile et presque paralysé: tous ces symptômes augmentent d'intensité à l'époque menstruelle; il s'y ajoute une céphalalgie incessante, une leucorrhée abondante et des difficultés de la miction et de la défécation;

le toucher vaginal est douloureux, ainsi que la palpation du ventre ; mais Nonat reconnaît une rétroversion avec abaissement de l'utérus, une petite grosseur tombée derrière le ligament large et qui lui paraît être un ovaire congestionné, et enfin en arrière et à droite une tumeur solide, douloureuse à la pression, nettement distincte de l'utérus. Nonat applique son traitement ordinaire, mais il n'obtient l'amélioration que lentement, laborieusement et peut-être incomplètement. L'exacerbation au moment des règles et l'amélioration observée après les cautérisations transcurrentes sont aussi nettement précises que dans les autres cas ; mais il n'est pas prouvé que la sanction du temps soit venue confirmer le résultat autant que dans les autres observations.

Cette réserve ne diminue rien du grand mérite de Nonat, dont la judicieuse discussion est aussi remarquable que la sagesse, la persévérance et l'énergie de ses ressources thérapeutiques.

James Henri Bennet, dans son *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus, de son col et de ses annexes et des rapports de cette inflammation avec les autres inflammations utérines, traduit et annoté par le Dr Michel Peter*, étude, 1864 (p. 468 et suiv.) l'hystérie dans ses rapports avec l'inflammation utérine.

« Bien que l'hystérie ne soit pas, dit-il, à proprement parler une affection utérine, cependant, il existe entre elle et l'utérus des connexions suffisantes pour motiver quelques remarques spéciales.

» L'hystérie convulsive est une affection du système nerveux cérébro-spinal, qui peut exister indépendamment de toute lésion utérine, et sans rapport aucun avec l'utérus ou ses fonctions. J'ai, comme tant d'autres, maintes fois observé l'hystérie indépendamment de toute lésion matérielle. Mais, d'un autre côté, c'est un fait d'observation générale, que l'hystérie est très fréquemment provoquée par une affection utérine. C'est à dessein que j'ai employé le mot *d'hystérie convulsive*,

parce qu'il y a une grande différence entre cette forme caractéristique de l'affection et les symptômes qu'on désigne communément sous le nom d'hystériques, et qui ne sont autres que de pures manifestations transitoires de la susceptibilité nerveuse. Ces légers symptômes nerveux sont très fréquents chez les femmes affaiblies par une affection utérine. Mais on les rencontre aussi fréquemment dans l'un et l'autre sexe, toutes les fois que la santé est altérée, la faiblesse notable, et le système nerveux ébranlé. Il est évident, je crois, à la simple inspection des trois cents cas d'affections utérines signalés dans l'appendice, que l'hystérie convulsive n'est pas une maladie d'origine purement utérine. Une femme ou deux seulement ont présenté cette forme de l'affection, tandis que d'autres malades, soignées par moi au Dispensaire, étaient atteintes d'hystérie simple et indépendante de toute lésion utérine. Dans les classes élevées de la société, l'affection utérine se complique fréquemment d'hystérie en raison sans doute de la plus grande susceptibilité de système nerveux.

» *L'hystérie de cause utérine présente généralement une grande intensité, et ne peut être guérie qu'après la disparition de l'affection utérine qui l'a occasionnée, par suite de l'excitation réflexe de la moelle épinière.* J'ai eu à soigner beaucoup de femmes et surtout de jeunes femmes, chez lesquelles *une affection ulcéreuse grave du col avait évidemment déterminé l'hystérie convulsive.*

» Chez quelques-unes d'entre elles les convulsions avaient même été si violentes, qu'elles avaient déterminé une paralysie partielle consécutive. Ces cas, si graves qu'ils soient, cèdent généralement mieux au traitement, que ceux qui surviennent sous l'influence de causes inorganiques. En effet, les convulsions hystériques cessent presque toujours chez ces malades quand l'utérus est revenu à son état d'intégrité. Les convulsions sont généralement alors, mais non pas toujours, provoquées par l'exacerbation qui survient dans les douleurs

utérines, par le fait de la menstruation. Elles résultent évidemment d'une action réflexe, survenant avec l'exacerbation de la douleur locale et cessant avec cette douleur.

» Relativement à l'hystérie qui complique une affection utérine, je dois dire ici que c'est principalement dans les cas de cette nature, que j'ai observé cette perversion des sentiments moraux, qui porte parfois les jeunes femmes à tromper systématiquement leur médecin et leur entourage et souvent même leurs parents les plus chers, sur leurs symptômes comme sur leurs actions. J'ai connu de jeunes dames parfaitement bien élevées et ayant des principes rigoureux, qui, bien portantes, tenaient en horreur la supercherie et le mensonge, et qui, malades se faisaient un jeu de me tromper. Ainsi elles se plaignaient de souffrances qu'elles n'éprouvaient pas : elles jetaient les médecines qu'on leur donnait en disant qu'elles les avaient régulièrement prises, et se complaisaient dans toutes sortes de fantaisies perverses. Une fois revenues à la santé, elles étaient très malheureuses au souvenir de leur conduite, et avouaient tout alors, soit à moi, soit à leurs parents, en imputant leur action à une impulsion insurmontable et que leur raison ne pouvait contrôler ; c'est ainsi, en effet, que nous devons considérer la chose. C'est, en réalité, une sorte de folie temporaire, résultat de la maladie, et qui n'implique nullement l'absence de sentiment moraux et religieux. D'un autre côté, la possibilité d'une perversion morale de cette nature, chez une femme dont l'esprit est sain d'ailleurs, et n'est troublé momentanément que par l'affection utérine, doit mettre en garde le médecin, relativement aux assertions extraordinaires. Quand, pendant le traitement d'une maladie chez une jeune femme, il survient quelque chose en dehors de la marche ordinaire, soit au point de vue des symptômes, soit à celui des résultats de la médication, on peut soupçonner la supercherie ; et l'on doit surveiller avec soin la conduite de la malade ; c'est ce qu'il

est possible de faire avec un peu de tact sans blesser les sentiments de la malade et de ses amies. »

Il faut faire des réserves faciles à comprendre au sujet de l'interprétation de Bennet sur la question des troubles psychiques chez les hystériques de la clientèle mondaine. Il y a certainement une part de vérité dans son interprétation ; mais peut-être n'a-t-il pas assez tenu compte de l'insuffisance des résultats obtenus pour soulager ses malades, de l'impression de découragement qui en résulte, et de la déception incontestable que ménage le retour périodique de chaque époque menstruelle.

Chairou, médecin de l'asile impérial du Vésinet, fait en 1869 une importante lecture à la tribune de l'Académie de médecine de Paris. Son travail porte sur « la nature et la coordination des phénomènes hystériques. » .

C'est le résumé clinique d'un nombre considérable d'observations recueillies dans le service des convalescents du Vésinet.

On jugera de l'importance des idées nouvelles, qui s'y rencontrent, et dont les principales sont condensées dans les conclusions suivantes : 1° Toutes les fois qu'il y a chez une jeune femme ou une jeune fille, compression ou inflammation d'un ou des deux ovaires, il y a, presque toujours, sympathiquement paralysie du mouvement réflexe de l'épiglotte et de tous les organes constituant le pharynx. — 2° Toutes les fois que ces deux phénomènes se trouvent réunis chez la même personne, il y a début d'une affection, que l'auteur désigne sous le nom de cachexie hystérique. — 3° L'attaque d'hystérie n'est que la conséquence de cette paralysie réflexe. L'épiglotte abaissée sur l'orifice supérieur du larynx ne peut se relever, d'où résultent l'attaque de suffocation, les mouvements convulsifs des membres, les spasmes qui constituent la crise hystérique. — 4° L'asphyxie, qui résulte des crises répétées, amène successivement une perversion de la vitalité ; comme conséquence, les perversions sensorielles de toutes sortes et les

anesthésie constatées chez presque toutes les hystériques. — 5° Le traitement doit s'adresser directement aux désordres fonctionnels des ovaires ; il doit être avant tout local, pour amener la résolution de l'ovarite, cause principale, sinon unique, de tous les accidents.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de Briquet, Baillarger et Cerise, dont nous n'avons pu rencontrer le rapport.

Cette importante communication ne pouvait pas manquer d'exercer une réelle influence ; on en a eu la preuve dans les pages suivantes, écrites par Brochin père (1).

« Malgré la quantité d'observateurs, qui ont fait porter spécialement leurs études sur l'hystérie, et la profusion de livres et de mémoires, qui ont été écrits sur ce sujet, — il subsiste sur certains points de son histoire, et en particulier sur la nature et le siège de cette affection, assez de doutes et d'obscurités, pour que les médecins soient encore divisés aujourd'hui, — comme ils l'ont été depuis l'origine de la médecine, — en deux partis, représentés, — l'un par les partisans de la localisation des phénomènes primitifs et essentiels de l'hystérie dans les organes sexuels, — l'autre par ceux que nous appellerons les nervosistes, et qui font de l'hystérie une névrose générale, ou plus particulièrement une névrose de l'encéphale, dont les phénomènes apparents consistent principalement dans la perturbation des actes vitaux qui servent à la manifestation des sensations affectives et des passions. — Une troisième opinion, mixte, et qui nous paraît plus près de la vérité, par cela même qu'elle n'est pas exclusive et qu'elle embrasse les faits sous tous leurs aspects et dans leurs expressions les plus diverses, consiste à regarder l'hystérie en réalité comme une névrose, c'est-à-dire une altération générale de l'innervation,

(1) Brochin. *Gazette des hôpitaux*, 16 mars 1872.

dans laquelle l'ensemble du système nerveux, impressionné plus ou moins vivement et dans une étendue plus ou moins considérable, réagit avec des différences de formes, d'intensité, d'étendue proportionnée à ces diversités d'impression et à la variabilité des idiosyncrasies. Mais, dans cette dernière opinion, on reconnaît que ces réactions symptomatiques, que ces manifestations phénoménales, si diverses dans leurs détails, quoique si analogues dans leur ensemble, ne sont que les résultats de l'action réflexe de la moelle ou de l'encéphale, impressionnés, ébranlés par une excitation primitive de quelque organe, — principalement des organes génitaux. — Le rôle réservé aux organes génitaux, d'après cette opinion, est d'être le point de départ de l'excitation, ou ce que les anciens appelaient le *pars mandans*. — Ainsi, dans cette manière de voir, l'hystérie ne serait pas une maladie propre de l'utérus ou des ovaires ; mais elle serait déterminée, occasionnée, sinon, à proprement parler, causée, par une altération fonctionnelle de ces organes.

» L'étude de l'hystérie à ce point de vue, et à d'autres points de vue plus immédiatement pratiques, que nous exposerons tout à l'heure, a été reprise dans ces derniers temps par M. le D^r Chairou (1), que sa position de médecin en chef de l'asile du Vésinet, plaçait dans d'excellentes conditions pour observer cette affection. Deux cas d'hystérie chez des hommes, que nous avons eu l'occasion de voir tout récemment dans le service de Vigla, à l'Hôtel-Dieu, pendant les suppléances de MM. Constantin Paul et Beaumetz, et qui nous ont rappelé des faits semblables, que nous avons vus déjà précédemment, soit dans les hôpitaux, soit dans notre pratique particulière, nous ont fait parcourir ce travail de M. Chairou avec d'autant plus d'intérêt, que nous savions d'avance que nous nous

(1) E. Chairou : *Etudes cliniques sur l'hystérie*, Paris, 1870.

trouverions en opposition sur certains points, et en particulier sur le fait de l'hystérie chez l'homme.

» Exposons d'abord les faits principaux que notre confrère s'est proposé de mettre en lumière. Nous verrons après à discuter s'il y a lieu.

» M. Chairou s'est proposé, dans ce travail, d'émettre et de démontrer par les faits cliniques cette double proposition, savoir : — que la crise convulsive, dite hystérique, ne constitue pas l'hystérie, cette crise pouvant exister sans l'affection même, comme cela se voit chez certaines femmes, même chez des hommes, ou des enfants, qui, sous l'influence d'une vive contrariété ou d'un violent chagrin, peuvent être pris de convulsions hystériformes ; — et que l'hystérie vraie, au contraire, est une affection de nature essentiellement chronique et progressive, — dont le signe pathognomonique constant consiste dans l'insensibilité de l'action réflexe de l'épiglotte.

» Comment M. Chairou a-t-il été conduit à découvrir ce fait de l'insensibilité constante de l'épiglotte dans l'hystérie.

» A un très léger degré, dit-il, dès le début de la maladie, en l'absence de tout autre phénomène, en avançant le doigt sur la base de la langue, on pourra apprécier que l'épiglotte qui est relevée est complètement insensible. On peut la chatouiller avec une barbe de plume, ou tout corps léger quelconque, introduire même le doigt sur l'orifice supérieur du larynx au point d'intercepter l'accès de l'air et de déterminer une asphyxie légère : il n'y aura pas d'effort de vomissement.

» M. Chairou insiste, du reste, sur l'extrême précaution à prendre dans cette expérience. Il recommande d'introduire avec précaution le doigt sur la langue jusqu'à sa base, en glissant doucement ; on arrive ainsi rapidement au contact de l'épiglotte, que l'on peut chatouiller, toucher, et même gratter avec l'ongle, sans déterminer le moindre mouvement de régurgitation.

» Or, affirme-t-il, toute femme ayant une congestion d'un

ou des deux ovaires et présentant cette anesthésie de l'épiglotte, est hystérique.— Abandonnée à elle-même, la maladie prendra invariablement la marche ascendante ; — et il suffira souvent d'un accident léger, d'une émotion insignifiante, pour déterminer tout le cortège des phénomènes de l'hystérie.

» Ce seul signe a souvent permis de diagnostiquer avec certitude l'affection hystérique ; et, quelques jours après, une attaque complète, et souvent même des accidents plus graves, lui montraient la précision de son diagnostic en l'absence de tout autre symptôme.

» Le second point que M. Chairou s'est proposé d'établir est celui de la congestion ovarique, qu'il considère comme la condition essentielle de l'existence de l'hystérie ».

Tandis que la question était ainsi discutée à Paris, elle se trouvait également un objet de préoccupation pour un professeur de clinique chirurgicale de Montpellier. On lit, en effet, dans le *traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes* d'A. Courty (1872).

« L'hystérie, qui semble être une transition naturelle entre les troubles de la sensibilité et ceux de la motilité (1), puisqu'elle

(1) *Maladies utérines en général.*— (Troubles nerveux, p. 98). « Ils sont produits par les maladies utérines directement, c'est-à-dire par l'effet de l'irritation sympathique réveillée dans le système nerveux par l'état morbide de la matrice : ou indirectement, c'est-à-dire par suite de l'altération ou de l'appauvrissement du sang, de l'affaiblissement de la constitution, de la débilitation dans laquelle les malades sont tombées. Du reste, ces divers phénomènes morbides peuvent jouer alternativement les uns par rapport aux autres les rôles de cause et d'effet : l'altération du sang, à son tour, peut tenir en partie aux troubles de l'innervation, comme à ceux de la digestion.

Ils portent sur la sensibilité ou sur la motilité, sur les organes soustraits à l'empire de la volonté comme sur ceux qui lui sont soumis.

Sensibilité.— On doit faire une large part aux troubles de la sensibilité ; ils consistent dans des anesthésies, dans des névralgies viscérales ou névroses, dans des névralgies proprement dites. L'anesthésie peut

est caractérisée à la fois par les uns et par les autres, n'a pas son point de départ exclusivement dans l'utérus, ni dans les ovaires, ni même dans tout le système génital.

C'est une affection nerveuse, chronique, apyrétique, caractérisée par deux ordres de symptômes : — d'une part des symptômes permanents variables, tels que l'analgésie, l'anesthésie, ou au contraire l'hypéresthésie, les névralgies ; tels que des spasmes toniques ou cloniques, une toux convulsive, etc., ou au contraire diverses paralysies ; — d'autre part, des symptômes intermittents, c'est-à-dire des attaques irrégulières, caractérisées par la sensation d'une boule remontant de l'épigas-

atteindre divers points de l'enveloppe cutanée, surtout aux membres inférieurs. Les névroses atteignent quelquefois les organes génitaux, la vessie, le rectum, le foie, les intestins, l'estomac, le cœur, névralgies lombo-abdominales de Valleix, intercostales surtout gauches, trifaciales, sur le trajet des nerfs maxillaires. temporaux, pariétaux, ces dernières quelquefois assez localisées pour être désignées par Sydenham sous le nom de clou hystérique, douleurs du sein, tantôt aiguës, névralgiques, tantôt sourdes.

Motilité. — Spasmes, toniques ou cloniques, contractures ou convulsions. Rares sur les organes soumis à la volonté, fréquents au contraire sur les organes qui lui sont soustraits ou sur les viscères. Ténésme vésical, vomissement, dyspnée, palpitation de cœur, etc. N'est-ce pas à la même cause qu'il faut rattacher cette petite toux, sèche, par quintes rares ou fréquentes, quelquefois désagréable par sa sonorité, à laquelle Aran a donné le nom de *toux utérine* ? Elle diffère évidemment de la *toux hystérique*, violente, sonore, retentissante, analogue par ses quintes à la coqueluche, qu'il ne me répugne pas d'attribuer, avec Trousseau (Clin. Méd. de l'Hôtel-Dieu de Paris, T. II, p. 205. Paris, 1865, 2^e édition), à la convulsion des muscles du larynx et du diaphragme. Elle accompagne souvent les troubles de nutrition : de tous les phénomènes nerveux, c'est celui dont la manifestation se produit le moins, hors le cas de débilitation, d'amaigrissement, de dépérissement des malades ; et, par conséquent, celui qui mérite le plus d'attirer l'attention du médecin pour la distinguer d'une manifestation tuberculeuse. — Les paralysies du mouvement sont les plus rares des symptômes nerveux généraux, témoins les observations de Lisfranc et de Nonat (paraplégies suite d'affections utérines), guéries en même temps, p. 103 - 105.

tre vers le larynx, par une suffocation imminente, par une perte plus ou moins complète de connaissance, par divers troubles de la sensibilité et de la motilité, et souvent terminées par une abondance extrême de larmes, ou par l'excrétion d'une grande quantité d'urine.

» *Cette névrose accompagne souvent les maladies utérines;* mais elle peut très bien se développer sous une autre influence. Elle peut être indépendante de l'utérus et du système génital ; elle peut même, de l'aveu de quelques grands praticiens, se rencontrer chez l'homme.

» Pourtant on ne peut se dissimuler que l'utérus, malade ou non, n'en soit le plus souvent, — je ne dis pas le siège, — mais le point de départ. — Je n'en veux pour preuves que sa fréquence extrême chez la femme, soit chez la femme simplement nerveuse, soit surtout chez la femme, dont les passions sont vives et en même temps contenues ; et le caractère spécial des mouvements convulsifs, par lesquels les attaques hystériques se révèlent souvent à nos yeux, non seulement des mouvements des bras, des yeux, de tout le corps, mais surtout de ces mouvements des lombes et du bassin.

» Si l'on cherche, à l'aide des lumières que les découvertes récentes ont répandues sur la physiologie du système nerveux, à faire la part qui revient à ce système et celle qui reste à l'utérus dans les manifestations de l'hystérie, — on peut admettre que l'hystérie est en réalité une névrose, — c'est-à-dire une altération générale de l'innervation, dans laquelle l'ensemble du système nerveux, impressionné plus ou moins vivement et dans une étendue plus ou moins considérable, réagit avec des différences de forme, d'intensité, d'étendue proportionnées à ces diversités d'impressions et à la variabilité des idiosyncrasies. — Mais on doit reconnaître que ces réactions symptomatiques, que ces manifestations phénoménales, si diverses dans leurs détails, quoique si analogues dans leur ensemble, ne sont que les résultats de l'action réflexe de la moelle ou de l'encéphale

impressionnés, ébranlés par une excitation primitive de quelque organe, principalement des organes génitaux. — Cette excitation, son transport vers les centres nerveux, analogues à l'aura épileptica, quoique passant souvent inaperçus, déterminent dans ceux-ci une modification, en retour de laquelle se produisent des phénomènes variables de sensibilité, ou de motilité, aussitôt répandus sur tout le système, tantôt plus ou moins localisés, ici ou là, — principalement sur les organes qui entrent en synergie avec l'appareil sexuel — d'où l'excitation est partie.

» Le rôle réservé aux organes génitaux, dans ce drame pathologique, est d'être le point de départ de l'excitation, ou ce que les anciens appelaient le *pars mandans*. — Je dis les organes génitaux, parce que j'admets que l'utérus n'est pas seul à mettre en jeu le développement ou la manifestation de l'affection hystérique. Les ovaires, dont M. Schützenberger et M. Négrier ont voulu faire le siège de l'hystérie, peuvent être à leur tour le point de départ de l'excitation. L'ensemble de l'appareil génital l'est plus souvent qu'on ne croit. Je sais bien qu'ici la détermination n'est pas aussi facile que dans d'autres circonstances, par exemple dans l'éclampsie, où le point de départ est évidemment l'utérus, et où les effets de l'action réflexe paraissent peu contestables ; mais il est possible d'admettre, par analogie, que les points de départ sont variables dans l'hystérie, et que les phénomènes d'ensemble sont toujours les effets de la réaction, ou plutôt de l'action réflexe des centres nerveux.

» Ainsi l'hystérie n'est pas une maladie propre de l'utérus ou des ovaires : mais elle est déterminée, — occasionnée, — sinon, à proprement parler, causée, par une altération fonctionnelle de ces organes.

» Je dis altération fonctionnelle plutôt qu'une maladie ; car, le plus souvent, c'est un état d'excitation, une irritation nerveuse ou vasculaire de quelque point des organes génitaux,

qui, chez les femmes maigres, frêles, impressionnables, portant déjà en elles la prédisposition, ou même l'affection hystérique, détermine le développement de la maladie.

» Le mariage suffit parfois à éveiller dans l'utérus cette excitation qui fait éclater l'hystérie.

» Dans un autre article paru en 1873 (*Dictionnaire encyclopédique*), Courty paraît avoir des idées moins nettes sur une coïncidence, qu'il ne conteste pas ; il paraît envisager l'hystérie comme une maladie absolument indépendante de la métrite : celle-ci n'est plus envisagée comme *pars mandans* de la névrose.

» Courty ne donne d'ailleurs aucun argument pour justifier ses opinions successives. »

Fleetwood Churchill connaît également l'existence des faits dont il s'agit ; mais il en présente une interprétation différente(1).

« Sous l'influence de l'état anémique, on voit survenir, dans la métrite chronique, des troubles hystériques plus ou moins accusés ; quelquefois les malades *présentent des attaques hystériques complètes* ; d'autres fois il existe seulement la sensation de boule hystérique siégeant au creux épigastrique et remontant jusqu'au cou et déterminant une sensation de suffocation ; d'autres fois les malades sont prises de toux convulsive, d'hypéresthésie, d'anesthésie de certaines parties du corps ou bien encore de névralgie. »

Ailleurs (p. 638) le même auteur fait une observation, dont la date est à retenir et qu'il est bon de préciser :

« On constate assez fréquemment dans l'ovarite des paroxysmes hystériques. Dans deux des plus violentes *attaques d'hystérie que j'aie observées*, depuis longtemps il existait *une sensibilité exquise de l'ovaire du côté gauche* et la pression à ce niveau augmentait notablement les paroxysmes.

(1) *Traité pratique des maladies des femmes*. 2^e édition 1874. p. 326.

» Il n'est pas de jour, où Noël Gueneau de Mussy ne signale à ses élèves ce phénomène d'irritabilité, qui, le plus souvent, arrive à produire de véritables convulsions chez les femmes hystériques. » On peut le reconnaître, le mouvement de l'opinion se fait lentement, mais il s'accomplit encore par des personnalités diverses et dans des milieux variés.

G. Bernutz analyse sommairement (article *hystérie* du *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, Tome XVIII, 1874) les quarante-neuf observations avec autopsie de Landouzy, Briquet, Lisfranc, Boivin, de lui-même et de M. Jaccoud, publiées en faveur des différentes localisations de l'hystérie qu'on a proposées. Bernutz ajoute : « j'aurais voulu pouvoir les rapporter au moins en substance, parce que leur lecture prouve de la manière la plus évidente l'inanité absolue de toutes les recherches anatomo-pathologiques, qui ont été faites jusqu'ici, pour rattacher cette névrose, soit à des lésions de l'utérus ou des ovaires, soit à des lésions de l'encéphale, soit enfin à des lésions du tube digestif. Ces observations démontrent particulièrement, ainsi que nous l'avons indiqué, que la lésion d'un quelconque des organes génitaux n'est pas indispensable pour que l'hystérie se développe, que cette maladie peut exister sans qu'il y ait d'affection génitale. Toutefois, je dois signaler qu'elles établissent que : — *ces deux éléments pathologiques coïncident très souvent, — plus fréquemment même que l'hystérie ne coïncide à toute autre maladie, —* à la phthisie par exemple, qui est cependant, comme la névrose, excessivement commune dans les grandes villes chez les femmes de 15 à 30 ans.

» La fréquence de la coïncidence que nous venons d'indiquer, dans les observations suivies d'autopsie, mais surtout la fréquence de la coïncidence à l'hystérie de troubles menstruels, qui a frappé tous les observateurs depuis Hippocrate et se trouve exprimée dans la statistique de Briquet par le chiffre de 128 sur 392 observations, force, on peut dire, à admettre que, — si l'exis-

tence d'une affection génitale n'est pas une condition indispensable au développement de l'hystérie, — il y a du moins des connexités très multiples entre ces deux éléments pathologiques, — qu'on voit si souvent conjoints. — L'analyse des conditions, dans lesquelles se produit l'hystérie, fait voir que la coïncidence fréquente de cette névrose à des affections génitales peut être rapportée à trois conditions assez différentes l'une de l'autre :

» 1^o Elle démontre que les affections génitales et les pelvi-péritonites, en particulier, comme toutes les maladies aiguës, qui portent une atteinte profonde à l'hématose, peuvent être cause, soit prédisposante, soit, ce qui est plus commun, déterminante de l'hystérie. Dans les cas de cette espèce, la névrose est une conséquence secondaire, directe parfois, mais parfois indirecte aussi, de l'état pathologique des organes sexuels, qui entraîne des troubles menstruels d'abord, et secondairement l'hystérie, comme nous l'établirons plus loin.

» 2^o Elle fait voir ensuite que, dans un nombre assez considérable de cas, les affections génitales comme la leucorrhée, par exemple, sont des manifestations de maladies, dans lesquelles l'hématose est profondément altérée, et qui, à ce titre, peuvent, en même temps qu'elles produisent la perturbation de la fonction génitale, être cause prédisposante ou déterminante de l'hystérie. Dans les cas de cette seconde espèce, les affections génitales et la névrose constituent deux éléments pathologiques indépendants l'un de l'autre, secondaires tous deux de la maladie, (la chlorose par exemple,) qui les engendre concurremment et directement, mais à l'un desquels peut venir s'adjoindre un épiphénomène indirect, lorsque la leucorrhée ou le trouble menstruel suscite consécutivement un travail inflammatoire des organes génitaux.

» 3^o La fréquence de la coïncidence est due enfin à ce que les organes génitaux peuvent, comme tous les organes de l'économie, être le siège de manifestations hystériques et en sont

même plus fréquemment le siège que beaucoup d'autres organes, parce que, sans doute, ils appartiennent à la vie de relation, qui est bien plus souvent troublée par l'hystérie que la vie végétative. — Sous l'influence de cette névrose se produisent des hystéralgies, — les unes aiguës, qui sont presque les seules qu'on ait décrites, — les autres chroniques, restées jusqu'ici très indéterminées, — qui sont, tantôt caractérisées seulement par des troubles dynamiques survenant aux époques menstruelles, caractérisées tantôt, non seulement par de la dysménorrhée, mais encore par des névralgies utérines, qui sévissent pendant l'intermenstruation, et qui sont aussi analogues sous beaucoup de rapports aux différentes variétés des gastralgies hystériques. Dans les cas de cette dernière espèce, les affections génitales symptomatiques de la névrose en sont des manifestations directes, mais auxquelles peuvent venir parfois s'en surajouter d'indirectes, lorsque la dysménorrhée hystérique fait naître, consécutivement au trouble de la menstruation, un travail inflammatoire ou congestif des organes génitaux, qui se rattachent à l'hystérie par la perturbation menstruelle qu'elle a produite et qui sert de chaînon intermédiaire.

» L'hystérie peut encore susciter indirectement des affections génitales, en produisant un état anémique, sous l'influence duquel apparaissent des troubles menstruels ou de la leucorrhée, qui pourront entraîner consécutivement des altérations de nutrition des organes génitaux. Il faut, en décrivant la symptomatologie de l'hystérie, insister longuement, non-seulement sur les manifestations symptomatiques de cette névrose, dont les organes génitaux peuvent être soit directement, soit indirectement, le siège, que nous venons d'indiquer succinctement, mais encore sur l'influence funeste que la coïncidence de cette maladie exerce sur la guérison des affections utérines et péri-utérines qu'elle tend à éterniser. — Nous avons ici à nous occuper seulement de l'action que les lésions des organes sexuels, — nées sous toute autre influence que l'hystérie elle-

même, — peuvent avoir comme cause prépondérante ou déterminante de la névrose. »

L'analyse des observations montre que toutes les lésions, pour ainsi dire, dont les organes génitaux peuvent être le siège, même des inclusions fœtales, ont été accusées de donner lieu à cette névrose ; « mais elle établit en même temps qu'il n'y a que quelques-unes de ces lésions, qu'ont ait vues lui coïncider assez fréquemment, pour qu'on puisse croire qu'il existe une relation de cause à effet entre les deux éléments pathologiques. La coïncidence dans les premières est tout à fait insignifiante ; elle résulte de ce que l'hystérie est excessivement fréquente et ne met pas les femmes, qui en sont affectées, à l'abri d'une maladie quelconque, pas plus, ni pas moins à l'abri d'une maladie des organes génitaux, que de tout autre organe. »

Les affections inflammatoires aiguës graves des organes génitaux : hématocèles, phlegmons des ligaments larges, pelvi-péritonites purulentes ou séro-adhésives intenses ne sont, de même, que très rarement cause déterminante de l'hystérie, du moins dans leur période d'acuité, pendant lesquelles existe un mouvement fébrile marqué. Bernutz en donne bien les détails, (p. 204-205.)

C'est donc dans la pelvi-péritonite chronique, à répétitions, qui fait le désespoir des malades et du médecin, qu'on voit survenir l'hystérie, ou, ce qui est plus fréquent, l'aggravation d'une hystérie qui n'avait donné lieu jusque-là qu'à des symptômes peu tranchés.

« Mais il faut reconnaître qu'il y a, dans ces cas complexes, d'assez nombreux éléments pathologiques, auxquels on peut attribuer le développement de la névrose. On peut laisser en dehors des lésions génitales productrices du retentissement péritonéal, que permettent de mettre hors de cause, non seulement tout ce que nous venons de dire, mais la manifestation de l'hystérie dans les périodes chroniques de la pelvi-péritonite,

et son absence, au contraire, dans les périodes d'acuité où seulement pourrait être invoquée la compression des ovaires (que Schutzenberger a considérée comme une des causes procréatrices les plus fréquentes de la convulsion hystérique).

« Dans ces cas, le développement de la névrose peut reconnaître pour cause déterminante : 1° l'état anémique dans lequel, au bout d'un mois ou six semaines de durée de la pelvi-péritonite, (je prends la durée la plus courte, après laquelle se sont manifestés les accidents hystériques chez les quatre malades dont nous nous occupons), sont tombées les malades, par suite de leurs souffrances, du repos qu'elles ont dû garder, enfin des traitements auxquels elles ont été soumises ; 2° les peines morales, qu'engendre fatalement, chez une femme jeune, le souci d'être en proie à une affection génitale chronique, qui peut la faire délaisser par son mari, ou l'empêcher de se marier si elle est vierge ; 3° les troubles menstruels et, en particulier, les ménorrhagies, qui sont si fréquentes dans les pelvi-péritonites, notamment dans celles qui ont la forme chronique ; troubles menstruels qui ont une importance considérable dans la question. »

Il est pénible de rencontrer dans Bernutz une discussion très obscure, dans laquelle ce savant médecin repousse l'opinion de ses prédécesseurs et de ses contemporains. Il ne leur oppose aucune objection nettement formulée ; il s'étend longuement en des dissertations qui contredisent souvent les autres, et qui quelquefois même semblent opposer l'une à l'autre ses propres expressions. Cette obscurité même a son importance ; elle n'est pas spéciale à G. Bernutz. Elle a été partagée, jusqu'au point de devenir importune.

Robert Barnes connaît la relation qui existe entre les troubles nerveux et les processus morbides utéro-ovariens, mais il présente ses considérations avec le reflet spécial des notions scientifiques de son temps : on ignorait alors l'ovaro-salpingite ; on connaissait bien la leucorrhée et on en faisait remonter la

source aux lésions diverses que le spéculum faisait découvrir sur le col utérin.

Cependant « la douleur de l'une ou de l'autre région inguinale superficielle ou profonde est souvent rapportée à l'ovaire et attribuée à une ovarite ou à une irritation ovarienne. » — Robert Barnes ne se range pas à cet avis ; et il admet que, « dans la plupart des cas, cette douleur signifie inflammation chronique ou subaiguë du col utérin. » (Traduction française, 1876, p. 84-5). — De même qu'Henri Bennet, il admet la maladie du col constatée *de visu* et refuse de mettre en cause la maladie ovarienne dont il n'a vu aucun signe physique.

Robert Barnes insiste sur les névralgies de la face et de la mamelle, par exemple, qu'il tient pour symptomatiques des lésions utéro-ovariennes. Pour les guérir, il ne compte, ni sur la quinine, ni sur la morphine, ni sur l'actée, ni sur les altérants, ni sur le fer rouge, ni sur la section des nerfs ; — il insiste sur le devoir de remonter à la source du mal, — et de guérir la maladie utérine, — tout en admettant les reconstituants et les toniques comme adjuvants. « Telle est, dit-il, l'histoire d'un grand nombre de prétendues hystériques. L'hystérie est — communément — une aberration nerveuse et le résultat d'un épuisement nerveux causé par la maladie et la malnutrition. »

Robert Barnes revient ailleurs sur les relations connues entre l'hystérie et le point ovarien ; il sait que la douleur iliaque accompagne souvent l'hystérie ; il connaît l'interprétation de Briquet, qui en faisait une douleur musculaire, ou « *myodome* » (sic), et celle de Schutzenberger, Piorry, Négrier, Rombert, Noël Guéneau de Mussy et surtout Charcot, qui en placent le siège dans l'ovaire, ou du moins dans l'atmosphère ovarienne.

Il s'attache moins à discuter ce point ; mais il insiste sur sa manière d'interpréter la relation entre l'hystérie et la fonction ovarienne. « Je suis fermement convaincu, dit-il, qu'une observation attentive établira de plus en plus ce fait — que la

douleur iliaque est le trait le plus constant de l'attaque hystérique. — Les opposants de la théorie ovarienne me paraissent s'être trop attachés au fait, qui leur paraît sans réplique, qu'il n'y a pas de relation entre l'hystérie et les maladies ovariennes bien constatées. Sans doute il y a de graves maladies de l'ovaire qui ne s'accompagnent pas d'hystérie ; il est même probable que, — puisque les maladies sérieuses de cet organe tendent à supprimer l'ovulation, — elles suppriment par là l'hystérie. Mais — ce n'est pas une maladie organique de l'ovaire qui produit l'hystérie, — c'est la difficulté de sa fonction, — qui est si commune chez les jeunes personnes.

« Il n'est pas nécessaire d'appeler en témoignage la coïncidence parfaite de l'oötie et de l'apparition des symptômes hystériques pour établir la vérité de la maladie ovarienne. L'observation clinique prouve cependant, que la douleur iliaque, expression de l'oötie en est, dans le plus grand nombre de cas, le premier signe. Quand le tempérament hystérique a été établi solidement par plusieurs attaques, l'excitabilité des centres nerveux qu'il produit est si considérable, que la plus légère irritation périphérique ou émotionnelle amène une réponse réflexe ; les crises ne se produisent pas seulement au moment des règles. N'oublions pas que l'écoulement du sang menstruel ne coïncide pas toujours exactement avec l'ovulation ou oötie, qui commence certainement plusieurs jours avant l'écoulement sanguin ; et, chez les femmes très susceptibles, la disposition aux troubles excito-moteurs est si grande, que le début de l'oötie suffit pour causer un accès hystérique » (p. 207).

Quand le trouble du fonctionnement de l'ovaire passe à l'état chronique, la douleur acquiert une telle importance et une si grande ténacité, qu'elle absorbe l'attention de la malade et s'impose comme l'élément principal de la préoccupation du gynécologue.

C'est ainsi que Robert Barnes s'explique comme il suit sur la

question de l'oophoralgie : « L'oophoralgie, névralgie de l'ovaire, irritation ovarienne, est une affection si fréquemment prise pour l'ovarite, qu'il est utile d'en parler pour en établir le diagnostic. C'est une maladie fort pénible qui peut durer des années, et empoisonner l'existence. On la rencontre aussi bien chez les filles que chez les femmes mariées, mais plus souvent chez ces dernières. *Elle est fréquemment associée avec un tempérament hystérique* et presque toujours avec l'irritabilité des centres nerveux...

» *Le palper de la région ovarienne amène quelquefois une attaque d'hystérie*, quelque fois de la douleur et des vomissements » (p. 245.) Il est impossible de se défendre d'un rapprochement entre cette description peu précise et celle des modernes, lorsqu'ils ont besoin de justifier un diagnostic de névralgie ovarienne, ou un diagnostic de transformation scléro-kystique de l'ovaire.

M. Alphonse Guérin connaît l'ovarite et les troubles nerveux qui en résultent, mais il ne semble pas avoir personnellement observé la forme la plus aiguë.

« La douleur est, dit-il, parfois tellement vive que la plus légère pression arrache des cris à la malade, qui souvent ne peut même supporter le poids de ses couvertures. Elle est continue, avec des exacerbations, pendant lesquelles les malades se roulent dans leur lit, *en proie à de violentes attaques d'hystérie*. Quand ces crises se calment, la douleur reste encore assez vive pour que la station debout, ou à genoux, soit impossible. » (p. 398)

Pour M. Alphonse Guérin, il ne semble pas que l'ovarite soit l'élément principal de la relation entre la névrose et le syndrome utérin, il semble que la métrite en doive être le plus souvent responsable :

« Le système nerveux n'est pas seulement affecté au point de vue de la douleur. Les névroses sont très communes dans la métrite chronique. *L'hystérie est celle que l'on observe le*

plus fréquemment, aussi faut-il se garder d'attribuer légèrement la cause de cette maladie à des désirs sexuels qui ne seraient pas satisfaits. Je ne nie pas absolument cette étiologie, mais *je suis convaincu que l'hystérie est — le plus souvent — due à une souffrance de la matrice*, qui éveille des sympathies de toute espèce (1) ».

T. Gallard, a bien observé aussi la coexistence de l'hystérie et de la métrite; mais pour lui : « les phénomènes hystériques, qui surviennent si fréquemment dans le cours de la métrite chronique, ne se produisent pas sous l'influence directe de la maladie utérine, mais bien par suite de l'ébranlement général que cette affection imprime à tout l'organisme, par suite surtout de l'affaiblissement qu'elle détermine chez les femmes qui en sont atteintes. Il est rare, à moins de prédispositions toutes particulières, que l'on voie survenir d'emblée de véritables attaques hystériques; et, lorsqu'il en est ainsi, il y a lieu de penser que l'hystérie existait déjà, pour ainsi dire, en puissance et se serait manifestée, alors même que la métrite chronique ne l'aurait pas sollicitée.

» Ce qui est plus fréquent, ce sont les suffocations, la sensation de boule, les pandiculations, et enfin les irrégularités de caractère, qu'on ne peut s'empêcher de comprendre au nombre des symptômes de nature hystérique. L'action de la métrite chronique sur la production de ces symptômes ne saurait être révoquée en doute; et, quoique d'une façon indirecte, elle agit assez profondément sur le moral des malades, pour faire naître chez elles une tristesse habituelle, qui peut aller jusqu'au dégoût de la vie (2). » Il est vraiment curieux qu'un gynécologue comme Gallard, ait si bien apprécié l'extrême

(1) Alphonse Guérin. *Leçons cliniques sur la maladie des organes génitaux internes de la femme*. Paris 1878, p. 172.

(2) *Leçons cliniques sur les maladies des femmes* par T. Gallard. — Paris 1878, p. 311.

importance des désordres psychiques de l'hystérie pendant la métrite : il ne lui fallait pas être aliéniste pour connaître l'impulsion suicide.

Charcot a beaucoup écrit et largement enseigné la question de l'hystérie; et il serait bien présomptueux de vouloir résumer en quelques pages une œuvre si considérable.

Sans doute Charcot ne peut être donné comme un défenseur de la théorie hippocratique, et M. Gilles de la Tourette a raison de ne pas laisser subsister de doute sur ce point; mais il ne faudrait pas ranger Charcot parmi les hommes de système, qui nient toute relation possible entre la névrose et le système génital de la femme. Charcot ne se donnait pas pour un gynécologue et il ne paraît avoir rien dit, ni écrit, pour différencier l'ovaire sain d'avec l'ovaire malade; il ne met jamais en cause la salpingite; il a certainement évité tout ce qui touche aux diverses formes de la métrite; mais le clinicien célèbre a parfaitement observé la douleur hypogastrique dans ses diverses formes; il a surtout bien remarqué que cette douleur n'est pas toujours exclusivement ovarienne.

« Quand je parle de la douleur ovarienne, dit-il, je ne veux pas dire que c'est l'ovaire qui en est le point de départ; je parle d'un fait général, de phénomènes concentrés autour de l'ovaire, mais encore inconnus dans leur essence même. Ils existent dans tous les cas d'hystérie; et, mis en présence d'une hystérique qu'il n'a jamais vue, tout médecin n'a qu'à lui demander de montrer avec le doigt le point du ventre où elle sent ses douleurs: elle indiquera toujours la région ovarienne et toujours du côté où précisément elle est hémianesthésique, du côté où elle est atteinte d'achromatopsie, du côté où encore elle présentera des contractures hystériques, si ce phénomène se manifeste. Dans une période d'accalmie, il suffit d'une pression subite sur cette région ovarienne, pour produire un spasme particulier, et faire tirer la langue à la malade hystérique. (1) »

(1) Charcot. Phénomènes divers de l'hystéro-épilepsie. *Gazette des hôpitaux*, 21 novembre 1878, page 1075.

Dans une autre leçon, Charcot répète : « La plupart des hystériques sont des hystériques ovariennes, droites ou gauches, c'est-à-dire qu'elles présentent, dans la région ovarienne, les douleurs que je vous ai maintes fois signalées. Cette douleur s'exaspère, se montre des deux côtés, alors même que la malade était ovarienne simple ; de même l'anesthésie, unilatérale précédemment, devient double et totale. » (*Gazette des Hôpitaux*, 5 décembre 1878, p. 1122).

M. Féré a fait sur cette localisation ovarienne une observation importante et devenue classique, dont il a communiqué les résultats à la *Société de biologie de Paris* (Séance du 17 décembre 1881).

« On s'est souvent demandé si la douleur ovarienne des hystériques avait réellement pour siège l'ovaire ou tout autre point de la région ovarienne. Nous avons pu constater, chez deux hystériques devenues enceintes que les points douloureux se sont élevés pendant la grossesse. Après l'accouchement, les points douloureux sont revenus à leur siège habituel. Pendant le sommeil hypnotique provoqué, en touchant le point ovarien, on les réveille. Ces faits semblent démontrer que c'est bien l'ovaire qui est le siège de la douleur dite ovarienne. »

La question de la douleur ovarienne n'est donc plus douteuse ; mais il ne faudrait pas croire qu'elle soit seule importante dans l'histoire complexe de l'hystérie : il faut encore tenir compte de toutes les zones hystérogènes.

« On connaît le fait de l'hyperesthésie ovarienne, de l'aura hysterica, si persévéramment étudié par Charcot. Nous n'y reviendrons, que pour signaler l'existence, chez certaines hystéro-épileptiques, de zones absolument comparables aux zones épileptogènes de Brown-Séguar. Voici les principales zones hystérogènes déterminées par M. Richer : zones sus- et sous-mammaires, sous-axillaires, costales, iliaques, à la

face antérieure du corps, dorsale supérieure, dorsale inférieure, latérale postérieure à la face postérieure du corps.

» Les zones hystérogènes ne sont pas en tout temps également excitables. Elles le sont d'autant plus, que l'attaque convulsive est plus imminente. Leur action ne se borne pas à provoquer les attaques; elle les fait aussi cesser. Une première excitation occasionne les convulsions, une seconde en amène l'arrêt. Cette particularité, qui avait été reconnue pour la zone ovarienne, se présente également pour les autres zones. » (1).

Il est juste toutefois de ne pas être trop absolu sur la question de la zone ovarienne, ou de la région ovarienne, considérée comme centre de la douleur hystérique, ou comme zone hystérogène. Il faut tenir grand compte de la communication faite le 11 avril 1884, à la *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*.

M. le professeur Debove y présenta un homme hystérique. Le malade n'avait aucun antécédent pathologique appréciable et avait toujours joui d'une santé parfaite, lorsque, dans le cours de l'année 1881, il fut pris d'une céphalée persistante qui fut suivie un jour de perte de connaissance subite avec hémiplegie gauche sans anesthésie. Ces accidents furent mis sur le compte d'une syphilis cérébrale et un traitement spécifique fut institué en conséquence. M. Debove repoussa l'idée de syphilis parce qu'il y avait eu guérison complète et absolue, et que d'autre part, il existait concurremment avec l'hémiplegie, une contracture qui était apparue subitement, et disparue de même, après six semaines de durée. A propos des autres symptômes d'hystérie présentés par le malade, M. Debove signala la douleur assez vive provoquée par la pression sur la région de la fosse iliaque, douleur que M. Debove compare à celle de la

(1) Bourneville et Regnard. Iconographie photographique de la Salpêtrière. Hystéro-épilepsie ou grande hystérie (hystéria major). Zones hystérogènes. *Gazette des hôpitaux*, 30 avril 1881, page 394.

région ovarienne chez la femme. Il est vraisemblable, en effet, que chez cet homme, la douleur iliaque reconnaît la même origine que la douleur ovarienne de la femme ; c'est-à-dire, l'excitation d'une région déterminée, *que l'on a eu tort*, d'après lui, *de vouloir localiser exclusivement dans l'ovaire*. Si cet organe était réellement le siège exclusif de cette douleur on ne comprendrait pas qu'elle pût se produire chez l'homme, et c'est pourquoi M. Debove préfère l'expression plus générale de « *douleur iliaque* » qui a l'avantage de pouvoir s'appliquer aux deux cas et de n'impliquer aucune idée préconçue sur le siège exact de ce phénomène.

M. Joffroy discute aussitôt cette importante présentation. Il rapporte qu'il a rencontré la douleur iliaque dans un cas analogue, chez un malade du service de Lasègue. — Quant au siège, M. Joffroy pense que *chez la femme, c'est l'ovaire qui est plus spécialement en cause* et il cite à l'appui ce fait que le déplacement de cet organe, dans la grossesse, amène un déplacement équivalent dans le siège de la douleur. Toutefois, il tient pour probable que le plexus nerveux de l'ovaire, joue le principal rôle.

Laissons à l'avenir le soin d'élucider ce point qui reste obscur pour le sexe masculin.

Charcot est bien des fois revenu sur cette importante question ; il y insiste encore en 1886, dans sa dixième leçon sur l'hémianesthésie hystérique : (1).

« Après avoir indiqué l'hypéresthésie ovarienne Charcot, espère rendre évidente l'influence, déjà signalée autrefois et plus tard mise en doute, de la *pression de la région ovarienne* sur la production des phénomènes de l'accès hystérique : manœuvre qui détermine, soit seulement les prodromes de

(1) *Œuvres complètes de J.-M. Charcot*. Leçons sur les maladies du système nerveux recueillies par Bourneville, Paris, 1886, p. 301.

l'attaque, soit l'attaque complète dans un certain nombre de cas. Ce qui démontre l'exactitude de l'assertion émise naguère par le prof. Schutzenberger, à propos de ce phénomène, malgré les dénégations opposées par quelques observateurs. »

Charcot indique ensuite « le procédé qu'il a trouvé ou plutôt retrouvé et qui permet d'arrêter, chez quelques malades, les accès hystériques, même les plus intenses. Il s'agit de la *compression méthodique de la région ovarienne*. P. Briquet nie la réalité des effets de cette compression. Je ne puis être de son avis, et ceci me conduit à vous présenter une remarque générale concernant le livre de P. Briquet. Ce livre est excellent ; c'est le fruit d'une observation minutieuse, d'un labeur patient ; mais il a peut-être un côté faible : tout ce qui touche à l'ovaire et à l'utérus y est traité avec une disposition d'esprit singulière de la part d'un médecin. C'est une sorte de pruderie, un sentimentalisme inexplicable. Il semble, qu'à l'égard de ces questions, l'auteur soit toujours dominé par une seule préoccupation. « En voulant tout rapporter à l'ovaire et à l'utérus, dit-il, par exemple, quelque part, on fait de l'hystérie une maladie de lubricité, une affection honteuse propre à rendre les hystériques des objets de dégoût et de pitié. » » En vérité, ce n'est pas là la question. Pour mon compte, je suis loin de croire que la lubricité soit toujours en jeu dans l'hystérie, je suis même convaincu du contraire. »

Charcot termine ensuite cette leçon en disant :

« *Je ne suis pas non plus partisan exclusif de la doctrine ancienne, qui place le point de départ de la maladie hystérique tout entière dans les organes génitaux : mais, avec Schutzenberger, je crois qu'il est péremptoirement démontré que, dans une forme spéciale de l'hystérie — que j'appellerai, si vous voulez, OVARIENNE ou OVARIQUE — l'ovaire joue un rôle important.* »

Charcot présente, après sa leçon, cinq exemples évidents

de cette forme de l'hystérie. Dans la leçon suivante, le célèbre professeur de la Salpêtrière revient encore sur l'hyperesthésie ovarienne : (1) « Cette douleur siège, dit-il, dans l'un des flancs, — surtout dans le gauche, — mais peut aussi occuper les deux flancs, *aux limites extrêmes de la région hypogastrique*. Cette douleur, Charcot la fait constater à ses élèves, chez les cinq malades qui forment la presque totalité des hystériques existant parmi les 160 malades de son service. » On voit par cette simple indication que la douleur iliaque est chose fréquente dans l'hystérie. Elle a été signalé par Lorry et Pujol, pour les temps déjà éloignés ; en Angleterre, par Skey ; en France, par Schutzenberger, Piorry et Négrier ; en Allemagne, par Romberg.

» Briquet n'y voit qu'une simple douleur musculaire, une myodynïe hystérique.

» Sur une ligne horizontale, passant par les épines iliaques antérieures et supérieures, faites tomber les lignes perpendiculaires qui limitent latéralement l'épigastre, et, à l'intersection des lignes verticales avec l'horizontale, se trouve le foyer douloureux qu'accusent les malades et que la pression exercée à l'aide du doigt, met d'ailleurs en évidence (p. 325) (2).

(1) Ovarie (Négrier), ovaralgie (Schutzenberger), hyperkinésie (Swe diaur).

(2) M. Auvaré donne la description suivante du point douloureux ovarien (ovarie). « Quand on appuie à l'intersection de la ligne réunissant les deux épines iliaques antéro-supérieures et de la ligne verticale tombant sur les éminences pectinéales, on détermine, chez la plupart des hystériques, un point douloureux, tantôt unilatéral, tantôt bilatéral : c'est le point ovarien, encore désigné sous le nom d'ovaralgie ou d'ovarie.

Ce point douloureux, — gauche de préférence, — se rencontre fréquemment chez la femme, même lorsque l'hystérie n'est qu'à l'état d'ébauche ; on en a fait un signe pathognomonique de cette névrose.

Si l'existence de ce point ne saurait prêter à contestation, il n'en est pas de même de la pathogénie.

On a admis deux variétés d'origine :

Origine ovarienne, ovaralgie (Piorry, Négrier, Charcot).

»L'exploration profonde de cette région fait reconnaître aisément la portion du détroit supérieur, qui décrit une courbe à concavité intérieure, c'est là un point de repère. Vers la partie moyenne de cette crête rigide, la main rencontrera le plus souvent un corps ovoïde, allongé transversalement et qui, pressé contre la paroi osseuse, glisse dans les doigts. *Lorsque ce corps est tuméfié*, AINSI QUE CELA SE PRÉSENTE FRÉQUEMMENT il peut offrir le volume apparent d'une olive, d'un petit œuf; mais, avec un peu d'habitude, sa présence peut être facilement constatée, alors même qu'il reste bien au-dessous de ces dimensions. Cette douleur se révèle avec des caractères *pour ainsi dire spécifiques*. Il ne s'agit pas là d'une douleur banale; car c'est une sensation complexe, qui s'accompagne de tout ou partie des phénomènes de l'*aura hysterica*, tels qu'ils se produisent d'eux-mêmes à l'approche des crises; et cette sensation provoquée, les malades la reconnaissent pour l'avoir ressentie cent fois. »

Charcot examine dans la même leçon les faits de nature à mettre bien en relief le rôle vraiment prédominant de l'ovalgie dans l'une des formes de l'hystérie.

Il termine par les conclusions suivante :

« *La compression énergique de l'ovaire douloureux n'a pas d'influence directe sur la plupart des symptômes permanents de l'hystérie, tels que contracture, paralysie, hémi-anesthésie, etc.; mais elle a une action souvent décisive*

Origine musculaire myodynies (Briquet).

Ni l'une ni l'autre ne sont prouvées, aussi la dénomination de *point iliaque de l'hystérie*, accidentellement employée par Charcot, serait-elle préférable ». C'est aussi l'opinion de M. le professeur Débove. « Ce point douloureux est précieux comme signal de l'hystérie latente; il révèle l'état nerveux du sujet auquel on a affaire, et indique la nature du terrain sur lequel on doit établir diagnostic, pronostic et traitement (753).

sur l'attaque convulsive, dont elle peut diminuer l'intensité et, parfois même, déterminer l'arrêt, » (p. 339).

L'ovaralgie s'exalte donc assez souvent à l'approche des crises, spontanément, presque toujours à la pression.

Cette pression comporte cependant une sage mesure, puisqu'on sait de mieux en mieux la fréquence de l'ovaro-salpingite et de la périmétrite chez les malades dont il s'agit.

Sans doute on n'a pas souvent signalé d'accidents imputables à la compression ovarienne, selon la méthode de Charcot ; il existe cependant un fait connu, que nous croyons devoir rappeler, pour prémunir le lecteur contre l'idée exagérée, qui ferait croire à la constante innocuité de la compression des régions ovariennes :

« Une jeune fille de 18 ans entrain à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le docteur Proust, pour des attaques d'hystérie, avec boule, grands mouvements, hémianesthésie gauche complète, portant sur la sensibilité générale et sur les sens spéciaux, vue, ouïe, goût, odorat. Parmi les couleurs, l'œil gauche ne peut distinguer que le rouge. L'ovaire est très sensible à la pression : on peut, en exerçant une pression sur cet ovaire, provoquer une attaque, de même que l'arrêter lorsqu'elle s'est déclarée spontanément.

» L'application de deux aimants à gauche, pratiquée le sur-lendemain de l'entrée de la malade à l'hôpital, ramène, en quelques minutes, la sensibilité générale et spéciale de ce côté ; mais, par contre, l'hémianesthésie passe à droite : il y a transfert. Les aimants étant enlevés quelques instants après, l'hémianesthésie repasse bientôt à gauche.

» Six jours plus tard, cette jeune fille a une grande attaque ; on lui comprime l'ovaire gauche avec beaucoup de modération en se servant de la main ; l'attaque cesse : mais il persiste un peu de sensibilité dans le ventre. Le lendemain, la douleur abdominale est plus aiguë, elle se généralise, le ventre se ballonne et des vomissements bilieux apparaissent. Les deux

jours qui suivent, tous les accidents s'aggravent, le ventre devient sensible à la moindre pression, la face est pâle et anxieuse, le pouls petit et fréquent, les extrémités froides et la malade succombe à une péritonite généralisée avec épanchement dans la cavité péritonéale et fausses membranes très récentes et vasculaires, unissant l'utérus à la vessie, ainsi que le démontre l'autopsie. Les ovaires et les trompes, ainsi que la partie supérieure de l'utérus, sont recouverts de fausses membranes vasculaires, les ganglions lombaires sont altérés, etc. Enfin le maximum des lésions a nettement pour siège l'appareil utéro-ovarien et s'observe surtout du côté gauche (1). »

« Le point de départ de la péritonite dans cette observation très intéressante, relevée par M. Comby, interne du service, est évidemment dans les ovaires et surtout dans l'ovaire gauche ; la maladie s'est déclarée chez une jeune fille bien portante, hystérique seulement, le lendemain de la compression exercée sur l'ovaire gauche ; et la mort est survenue dans l'espace de trois jours.

» En ces temps de la compression de la région ovarienne chez les hystériques, soit pour arrêter les attaques, soit pour les produire à volonté, il est heureux, ajoute M. Bouchut, auquel nous empruntons cette observation, que celle-ci ait été signalée. J'ai vu, dit-il, pratiquer cette compression, et la douleur produite par la violence qu'on apportait dans cette manœuvre, m'avait effrayé. Je ne suis nullement surpris qu'il résulte une péritonite ; et, si quelque chose doit surprendre, c'est que ce malheur n'arrive pas plus souvent. »

Le manuel de M. de Sinéty signale, sous une autre forme, l'hypéresthésie de l'hypogastre chez certaines malades, dont

(1) Bouchut. Péritonite aiguë, suite de la compression de l'ovaire gauche chez une hystérique. *Paris médical et Gazette des Hôpitaux*. 21 mai 1881, page 468.

les troubles nerveux ont la forme de l'hystérie ; il apprécie que cette hyperesthésie est bien celle d'un organe irritable, mais il n'en poursuit pas l'exacte détermination.

Préoccupé par la métrite chronique, dont il fait l'étude, il se borne à écrire: « Dans certains cas, cette douleur est tellement intense, que Routh (1) en a fait une métrite spéciale, affectant plus particulièrement le fond de l'utérus et caractérisée, outre l'excès de sensibilité, *par des troubles psychiques revêtant la forme de l'hystérie ou de la catalepsie*. On a aussi désigné des cas de ce genre sous le nom d'*utérus irritable* (2). »

La congestion et le prolapsus des ovaires sont, pour Gaillard Thomas (3), une cause plus fréquente de dysménorrhée que les affections utérines ou péri-utérines; il remarque que l'état pathologique de ces organes s'accompagne, dans certaines circonstances, d'hystérie et d'épilepsie. « Dans un certain nombre de cas, dit-il, qui sont loin d'être rares, il n'existe pas de troubles nerveux qui puissent expliquer la dysménorrhée, et l'examen le plus attentif ne fait découvrir aucun trouble utérin ou péri-utérin. Mais, si l'on explore par le toucher rectal et vaginal les régions situées en arrière et sur les côtés de l'utérus, on sent dans le cul-de-sac de Douglas une masse globulaire, légèrement compressible, de la grosseur d'une noix ou d'un petit œuf. Si l'on place ensuite la malade dans la position latérale gauche, et si l'on introduit dans le vagin deux doigts de la main droite en explorant en arrière avec leur face palmaire, on constate également la présence de ces tumeurs morbides, qui ne sont autre chose que les ovaires hypertrophiés, congestionnés et en prolapsus.

(1) *Obstetrical transactions*, vol. XII, p. 136.

(2) De Sinéty. *Manuel pratique de gynécologie et des maladies des maladies des femmes*, Paris, 1879, p. 336.

(3) Gaillard Thomas de New-York, *Traité clinique des maladies des femmes*, par traduit par le Dr Aug. Lutaud, Paris, 1879, p. 544.

» Dans quelques cas, cet état pathologique des ovaires donne simplement lieu à de la dysménorrhée. *Dans d'autres, il est accompagné d'hystérie, d'aménorrhée alternant avec de la ménorrhagie ; on observe même parfois de l'épilepsie véritable. Je ne saurais affirmer que l'épilepsie soit causée par la maladie ovarienne ; mais j'ai si souvent remarqué la coïncidence de ces deux affections, que je suis porté à croire que, dans quelques cas, l'épilepsie reconnaît pour cause cet état congestif et inflammatoire de l'ovaire, qui n'est autre chose que l'ovarite chronique (1), affection qui consiste en une congestion avec hyperplasie et hypéresthésie nerveuse. »*

On remarquera que Gaillard Thomas donne des signes anatomopathologiques, qui se rapportent singulièrement à la transformation scléreuse de l'ovaire. Au point de vue symptomatique, sa principale remarque se porte sur l'hystérie—, et spécialement sur cette forme à grandes crises, qu'on a longtemps appelée hystéro-épilepsie—, et à laquelle il attribue la dénomination épilepsie, conformément à l'usage des médecins de son temps et de son pays.

(1) Gaillard Thomas confirme ailleurs sa pensée sur l'ovarite chronique (p. 602). « En tant qu'affection primitive, déterminant des désordres secondaires (dysménorrhée, stérilité, hystérie), l'ovarite chronique est loin d'être rare. Un grand nombre de cas qu'on attribue à des troubles obscurs et tenaces de l'utérus, et dans lesquels il existe une grande disproportion entre la gravité des symptômes et l'insignifiance de la lésion utérine, ne sont autre chose qu'une ovarite chronique.

» Les symptômes de l'ovarite chronique sont nombreux et complexes. On peut dire qu'il n'existe pas deux cas de cette affection qui présentent les mêmes caractères. Dans quelques cas, les symptômes sont purement physiques, tandis que, dans d'autres, ils portent principalement sur le système nerveux. Dans deux cas que j'ai observés, *il existait une véritable épilepsie*. Ce trouble nerveux était-il la conséquence de l'ovarite ? Je ne saurais l'affirmer, mais j'étais vivement porté à le croire. »

Comme signes rationnels de l'ovarite chronique, Gaillard Thomas cite toujours la *dysménorrhée avec désordres nerveux très intenses, la tendance à l'hystérie*.

Dans son important mémoire des *Annales de Gynécologie*(1), M. le D^r de Fourcauld a bien présenté la répartition des troubles du système nerveux central d'origine utéro-ovarienne.

En dehors des lésions de voisinage, qui sont réellement hors de cause, il place en première ligne, la dyspepsie, avec vomissements, troubles hépatiques, etc.; et, immédiatement après, encore dans le groupe des phénomènes sympathiques nerveux, il place les troubles cérébraux proprement dits, l'hystérie et les paralysies diverses.

Il attache à ces derniers troubles une si grande importance, qu'il en fait deux conclusions sur les quinze qui terminent son mémoire : « l'hystérie et l'épilepsie peuvent être sympathiquement occasionnées par les troubles et les affections survenues dans l'appareil utéro-ovarien. — *Ces troubles nerveux sont solidaires de la maladie utérine.* »

M. de Fourcauld insiste sur les modifications du caractère à l'époque de la menstruation ; *les affections utérines, celles qui sont chroniques surtout, donnent lieu à des névroses particulières* ; et il cite en exemple la névrose laryngo-bronchique connue sous le nom de toux utérine, des névroses cardiaques, des palpitations douloureuses, des névroses vésicales et même du ténésme. Il fait une place à part à la névralgie lombo-abdominale, qu'on peut considérer avec Aran comme une propagation des douleurs subconscientes du système utérin.

M. de Fourcauld sépare en deux groupes: 1^o la folie sympathique, névrose cérébrale, névrose intellectuelle ; 2^o les névro-

(1) *Étude sur les troubles du système nerveux central consécutif aux affections diverses de l'appareil utéro-ovarien*, par le D^r V. de Fourcauld, ancien interne à St-Lazare et à la Santé, etc. (Mémoire récompensé par la Société médico-psychologique).—*Annales de Gynécologie*, octobre 1879. Tome XII, p. 248.

ses cérébro-spinales ou simplement spinales, qui comprennent d'abord l'hystérie et l'épilepsie sympathiques, et ensuite les paralysies sympathiques (1), et ailleurs il précise : « Toutes les lésions de l'utérus et de ses annexes peuvent être suivies d'hystérie sympathique ; mais il est à remarquer que ce sont surtout les irritations chroniques et les déplacements qui donnent lieu à cette complication, tandis que les corps fibreux et les maladies franchement aiguës ont une influence insignifiante. »

La relation de l'hystérie et du syndrome utérin fait peu à peu de nouveaux progrès. Dans un manuel de gynécologie portant la date de 1886, (2) on trouve les lignes suivantes : « La fréquence de l'hystérie comme complication des maladies pelviennes exige un exposé rapide de cette affection. La

(1) Troubles du système nerveux central consécutifs aux affections utéro-ovariennes. Hystérie, *Annales de Gynécologie*, Tome XIII, janvier 1880. p. 32.

« Le professeur Jaccoud a fait remarquer dans son beau traité de Pathologie interne, que le fonctionnement régulier de l'appareil nerveux dépend de la subordination naturelle de l'activité spinale à l'activité cérébrale.

Or, dans l'hystérie, cet équilibre est rompu toujours au profit de la moelle. C'est pour cela que l'hystérie ne peut être qualifiée de névrose spinale, tout simplement.

C'est surtout au moment de la puberté que se développe l'hystérie, car c'est à cette époque que « l'activité nerveuse est concentrée dans les sphères inférieures de l'animalité, et favorise ainsi l'affaiblissement de la volonté et des facultés cérébrales supérieures. »

Je n'ai en vue, dans ce paragraphe, que les cas d'hystérie directement liés aux troubles de l'appareil utéro-ovarien, et ces cas sont si fréquents que beaucoup d'auteurs ont fait de l'utérus et de ses annexes le siège exclusif de l'hystérie. Cette interprétation me paraît fausse. Ce qu'il faut dire, c'est que *l'appareil génital est le siège le plus habituel des causes somatiques, qui toutefois peuvent siéger ailleurs.* (de Fourcault).

(2) *Manuel de gynécologie* par les D^{rs} Berry Hart et A. H. Freeland Barbour, traduit par le D^r Eug. Crouzat, 1886.

connexion qui existe entre l'hystéro-épilepsie et l'ovaire, demande quelques explications.

» Les modifications pathologiques qu'on trouve dans l'hystérie, ne sont pas encore bien connues. — A l'égard de l'étiologie, on note l'hérédité, une éducation morale défectueuse donnée par une mère hystérique et le pouvoir d'imitation, dans l'hystérie au début, confirme cette influence. Un état d'affaiblissement du système nerveux est une cause très importante et l'une de celles pour lesquelles un traitement sérieux doit être institué. — *Quant aux causes excitantes habituellement données (dysménorrhée, déplacements utérins, ovarite), elles sont si communes que nous ne pouvons pas les considérer comme causes d'hystérie.* Les seuls faits certains à retenir sont : *que l'ablation totale des ovaires a, dans quelques cas guéri l'hystérie et que la pression dans la région ovarienne peut arrêter une attaque d'hystérie épileptique.* » (p. 713).

Dans la description du traitement, les auteurs confirment leur doctrine et admettent que, dans les cas graves, l'opération de Battey ou celle de Tait peut être prise en considération.

Et ailleurs ils sont d'avis que l'ovarite chronique est une maladie, pendant laquelle l'hystérie est souvent constatée.

La traduction française du traité de Martin (1) paraît être le premier document qui ait rapproché la notion de salpingite d'avec celle de l'hystérie.

« Les symptômes cliniques de la salpingite et les accidents consécutifs ne peuvent, dans l'état actuel de nos connaissances, être délimités d'une façon certaine et être considérés comme pathognomoniques. Au début, les malades accusent, en connexion avec des phénomènes phlegmasiques des organes

(1) *Traité clinique des maladies des femmes*, par le Dr Aug. Martin, docteur de gynécologie à l'Université de Berlin. — Traduit sur la 2^e édition allemande par les Drs H. Varnier et J. Weiss avec préface de Pozzi. Paris, 1889.

génitaux extérieurs, de l'urètre et de l'utérus, des douleurs sourdes, soit d'un seul, soit des deux côtés. Ces douleurs cèdent quelque peu dans la première période, sans cependant jamais disparaître. Pendant longtemps on y fait à peine attention ; mais les souffrances augmentent à l'occasion d'efforts physiques et s'exagèrent par les contractions intestinales. L'exacerbation se produit également au moment des règles ; souvent le coït devient insupportable ; des signes d'irritation péritonéale violente apparaissent en ces régions pour se supprimer à nouveau. De cette façon, les douleurs sourdes peuvent persister longtemps à côté d'un catarrhe génital, sans être influencées par aucun traitement. *La plupart du temps, le médecin, — qui n'a pas l'habitude du diagnostic des affections tubaires, — traitera les femmes pour de l'hystérie, — et ne tiendra compte que des accidents nerveux déterminés par la compression qu'exerce la poche tubaire sur les organes du bassin et les nerfs des extrémités inférieures.*» (p. 471).

«Il arrive parfois que pendant une exacerbation dans les douleurs, le contenu de la trompe se vide dans l'utérus, et que le vagin laisse écouler subitement des quantités considérables de liquide, — *salpingite profluente*. (1) — Mais, comme l'endométrite catarrhale manque rarement dans ces cas, il est naturel qu'on rapporte à celle-ci l'origine du liquide évacué. En tous cas l'écoulement du liquide tubaire par le vagin est suivi d'un bien-être et d'un soulagement subits des malades ; en même temps l'exploration indique la disparition de la poche, auparavant très distincte, située sur les côtés de la matrice.» (p. 472).

Martin n'est cependant pas exclusiviste ; et, s'il reconnaît l'influence de la salpingite, laquelle est un processus essentiel-

(1) Hausamam. *Sur les tumeurs par rétention, à contenu muqueux, des organes génitaux de la femme*. Zurich, 1876.

lement chronique, il ne perd pas de vue les autres maladies utérines à évolution lente.

Après avoir décrit la paramétrite infectieuse, Martin décrit les formes traumatiques et les récives, et s'exprime ainsi : « Dans ces cas, l'exsudation est minime, et la douleur aussi par conséquent. La période aiguë est peu prononcée; sa marche insidieuse n'empêche pas la production, pendant le travail de résorption lent et incomplet, de déplacements considérables des organes du petit bassin et leur fixation pathologique. Les malades végètent longtemps, dans ces cas, avec leur mal. Elles souffrent à chaque défécation et cherchent, pour cette raison, à retenir le plus possible leurs fèces. En dehors des troubles de nutrition et des maux de tête inévitables, il survient, grâce à cette rétention, des congestions hémorroïdales qui, en fin de compte, fournissent un tableau symptomatique, où le développement lent des manifestations conduit infailliblement le praticien à chercher la cause du mal dans des troubles gastriques ou nerveux. Lorsque ces exsudats entrent en régression et que les femmes prennent des précautions, il peut se produire une certaine apparence de santé, qui, jointe à la peur qu'inspire aux malades un traitement médical, abandonne celles-ci à leurs maux pour les laisser *devenir la proie de l'hystérie* » (p. 492.)

Martin écrit encore de la même manière, mais avec moins de précision, sur l'ovarite chronique (p. 534) : « Les affections ovariennes donnent naissance à un groupe de symptômes spéciaux du côté *du système nerveux* (2). Les *névroses* consécutives à ces affections offrent encore bien des obscurités, qui sont la cause même des incertitudes qui règnent dans l'anatomie pathologique des maladies de l'ovaire. Il est de ces névroses, qu'aujourd'hui encore, nous ne pouvons qu'indiquer comme faisant partie du cortège symptomatique des affections ovariennes, sans leur assigner de motif plausible. »

On verra plus loin que l'importance des névroses, qui

préoccupe le chirurgien de Berlin, arrive à le conduire à cette grave détermination, qui est celle de la castration de la femme.

Riz-Kallah (1) a remarquablement étudié la symptomatologie des salpingites; il a notamment signalé l'hystérie chez les sujets prédisposés : « La douleur est un phénomène constant. Elle siège à l'hypogastre, généralement plus accusée du côté de la trompe malade; elle est bilatérale quand les deux trompes sont également touchées. Elle s'irradie vers les cuisses, les reins, s'accroît par la fatigue, la marche, la station debout prolongée. Il y a de la dyspareunie, parfois insupportable. Les douleurs ont ordinairement pour caractère d'être sourdes et de ne revêtir un caractère aigu qu'à l'occasion d'une des causes que nous avons indiquées plus haut, ou bien encore à l'approche des règles. L'écoulement menstruel apporte souvent un bien-être extraordinaire, sinon un soulagement complet. La défécation, la miction sont ordinairement douloureuses. Il n'est pas rare d'observer un phénomène décrit par Kaltenbach (Kaltenbach. *Salpingite; Cent f. Gynec.*, 1885, n° 43), sous le nom de *colique salpingienne*. C'est, en quelque sorte, une exaspération de la douleur dans l'une des fosses iliaques, — au point ovarien situé au-dessus du ligament de Fallope, — exaspération telle que la moindre pression sur la paroi abdominale, le moindre attouchement, la rendent intolérable. — *Chez les sujets prédisposés elle peut être l'occasion d'attaques d'hystérie.* — Cette colique, dont la durée peut atteindre deux et trois heures, se termine toujours par l'expulsion à travers l'utérus d'une quantité variable de liquide séreux, purulent ou sanguin. » Plus loin il ajoute : « on a signalé des troubles cérébraux simulant l'ataxie. » (p. 32 et 33).

(1) *Etude critique du traitement des salpingites et en particulier du curettage de l'utérus dans la salpingite catarrhale.* — Thèse. Paris, 1889.

Cependant Riz-Kallah se garde bien de négliger l'importance des phénomènes nerveux se rapportant plutôt à des dégénérescences ovariques qu'aux salpingites.

« Il est très fréquent d'observer avec des salpingites sans suppuration des dégénérescences kystiques des ovaires. Il est absolument indispensable d'examiner les malades sous le chloroforme, pour arriver à une telle précision de diagnostic. Seulement alors on peut discerner, par un examen minutieux, ce qui revient à la trompe et à l'ovaire, dans une lésion, qui s'était présentée comme une tumeur unique avant l'anesthésie. Des symptômes généraux peuvent d'ailleurs mettre sur la voie de ces dégénérescences ovariques. *Plusieurs auteurs, Lawson Tait, en particulier, remarquent qu'elles coïncident ordinairement avec des troubles nerveux variés, des attaques de nerfs, des crises d'hystérie, des accidents simulant parfois l'ataxie.* » (p. 40)

Telle est, en effet, l'opinion qui est désormais de plus en plus accréditée.

Pendant la même année, paraissait l'article Hystérie, du *Dictionnaire encyclopédique*. M. le prof. Grasset y traite la question de l'influence pathologique exercée sur la névrose par les maladies de l'appareil génital :

« Là, dit-il, il faut soigneusement se garder d'exagérer dans un sens ou dans l'autre. On ne peut absolument plus soutenir aujourd'hui, comme l'ont fait Pujol et l'école physiologique, que l'hystérie reconnaît nécessairement pour cause, une lésion connue ou inconnue de l'appareil génital, — même en faisant jouer le principal rôle à l'ovaire, comme le voulaient Négrier et Schutzenberger, — ou au plexus sympathique abdominal, comme le voudrait R. dos Santos. — Bernutz soumit à une critique sévère les observations publiées avant 1874 à l'appui de cette manière de voir et il a conclu avec raison que « la lésion de quelques-uns des organes génitaux n'est pas indispensable pour que l'hys-

térie se développe, et que cette maladie peut exister sans qu'il y ait affection génitale »».

» Mais il ne faut pas se jeter dans l'excès contraire et nier toute relation entre les maladies de la sphère génitale et le développement de la névrose. *La coïncidence est au contraire trop fréquente pour qu'il n'y ait pas un lien.*

» Une chose à remarquer, avec la plupart des classiques, c'est que l'hystérie est plutôt produite par les lésions relativement légères de l'appareil génital que par les désorganisations profondes. — C'est du reste la loi générale de la production des actes réflexes. — Les déplacements de la matrice, les engorgements et altérations du col, etc., sont plus souvent notés que le cancer et les tumeurs de cet organe. — Assez souvent, (et le contrôle thérapeutique a de l'importance), on voit disparaître les accidents névrosiques, en traitant et guérissant l'altération génitale. »

Pour terminer, M. Grasset considère, avec Axenfeld et Huchard, comme faits absolument exceptionnels: « les exemples de femmes chez lesquelles une métrite ou une ovarite aiguë, l'introduction de l'hystéromètre, une injection irritante poussée dans la matrice, le travail de l'accouchement, ont directement provoqué des attaques d'hystérie. » Ce ne sont là, en tous cas, d'après lui, que des causes occasionnelles.

M. Pozzi, dans son récent traité de gynécologie, exprime une opinion très analogue; il en fait ressortir l'importance par sa précision à décrire le diagnostic et l'évolution de l'oophoro-salpingite. Il évite (p. 635) « de confondre la douleur de la salpingite avec celle de la *névralgie ovarienne*, *ovarialgie* ou *ovarie*, qui est *simplement un symptôme d'hystérie*. Ce symptôme a son siège généralement à gauche, mais il peut être bilatéral. Charcot a démontré qu'il est souvent accompagné d'anesthésie du même côté et d'*attaques hystéro-épileptiformes*. Cette douleur se manifeste spontanément, pendant les attaques de grande ou petite hystérie : la pression la

réveille; et, comme elle est fréquemment associée à la dysménorrhée d'origine nerveuse, on peut alors être tenté d'attribuer ce symptôme à une inflammation de l'ovaire.

« La façon dont la malade se défend contre la douleur provoquée par la pression est, par elle-même, caractéristique; dans les cas d'inflammation des annexes, la femme se plaint et se débat instinctivement par des mouvements destinés à écarter la main de l'explorateur; dans les cas d'ovarie, les mouvements n'ont rien de coordonné et affectent le type de convulsions irrégulières ».

Plus loin, à propos de la salpingite profluente. M. Pozzi « croit devoir mentionner un signe accessoire », souvent révélateur et presque pathognomonique; il paraît craindre qu'on en ait exagéré la valeur: il veut parler de l'*écoulement subit*, (survenant à la suite d'une crise de coliques), d'une certaine quantité de liquide séreux, hématique, purulent; ce phénomène peut se produire à des intervalles irréguliers, tous les mois, tous les six mois, par exemple. Est-il en rapport avec la persistance d'un orifice utérin perméable, que vient de temps en temps forcer la réplétion exagérée du kyste? Y a-t-il là seulement expulsion du contenu de l'utérus enflammé lui-même, par contraction réflexe des parois de la matrice?..... Si l'on considère combien est habituelle l'oblitération des trompes kystiques, du côté de la cavité utérine, on sera souvent tenté d'accepter cette dernière explication. Quoi qu'il en soit, cette particularité a depuis longtemps été notée par les observateurs, ajoute M. Pozzi; c'est l'*hydrops tubæ profluens* de Froriep — comme l'ont signalé aussi Ambroise Paré, Sydenham, Hoffmann, Charles Lepois.

Klob, se basant sur des observations faites sur de vieilles femmes, pense qu'on pourrait expliquer ainsi certains prétendus retours de règles, après la ménopause. Parfois, en pressant sur la tumeur au niveau du ventre, on en aurait fait sourdre le contenu dans le vagin (p. 656).

On se ferait une idée incomplète du livre de M. Pozzi si on s'en tenait à ce qu'il écrit sur la salpingite.

Enhystée ou non, la salpingite est habituellement secondaire de la métrite ; et il est à peu près impossible de différencier ces éléments les uns des autres. Ils sont tellement connexes et enchevêtrés entre eux que, pour répondre à l'exactitude des faits, il a fallu renoncer aux dénominations primitivement adoptées. M. Pozzi appelle (1892) *Syndrome utérin* « l'ensemble des symptômes à peu près communs, des maladies des organes génitaux internes chez la femme, remarquable par la similitude des signes rationnels fournis dans chacune d'elles par l'interrogatoire des malades. Si telle partie du tableau est plus accusée dans certaines maladies, — l'hémorrhagie dans le corps fibreux, la leucorrhée dans le cancer, les *troubles nerveux dans les déplacements ou les maladies des annexes*, etc. — il n'en est pas moins vrai que les traits principaux sont identiques : tels les *états* différents d'une même planche ayant subi plusieurs retouches.....

» Les principaux traits du syndrome utérin sont : la douleur, la leucorrhée, la dysménorrhée, la métrorrhagie, enfin, des symptômes du côté des organes voisins (vessie, rectum), ou éloignés, (*tube digestif, système nerveux*) ».

On remarquera quelle importance l'auteur attache aux maladies des annexes pour leur attribuer un caractère particulier ; ce sont les troubles nerveux qu'il met le plus en cause, et, parmi eux, il est impossible de ne pas faire la plus grande part aux manifestations hystériformes.

Ailleurs, le même M. Pozzi s'en explique avec une précision plus grande encore : « qui dit métrite, devrait presque toujours dire métro-salpingite, avec distribution inégale de l'inflammation ; prédominance du côté de l'utérus avec retentissement parfois très faible, mais réel, du côté de la trompe. » M. Pozzi va plus loin ; et, comme s'il voulait interpréter la douleur

ovarienne décrite par Charcot, il n'hésite pas à attribuer au « retentissement réel du côté de la trompe » ce symptôme très connu, qu'il nomme « la douleur dans la région des annexes, qui est très riche en ramifications nerveuses ».

Pour M. Pozzi, cette douleur n'est pas le seul élément important dans cette maladie, qu'on qualifie métrite, et qu'on devrait presque toujours nommer métro-salpingite. Il indique comme symptôme réflexe, la toux utérine; puis il énumère les névralgies lombo-abdominales, fémoro-cutanées, sacrées, ou coccygodynies, (Simpson, Scanzoni,) intercostales et même faciales. Il se borne à signaler l'asthénopie de cause utérine (Clifton, S. Morce), et les palpitations. Il rappelle ensuite le mot de Courty à propos de la métrite chronique : « les troubles nerveux revêtent toutes les formes de l'hystérie, non qu'ils tiennent à l'hystérie véritable qui peut coïncider, quoique rarement, mais parce que chez la femme les altérations du système nerveux, *celles surtout, dont l'utérus est le point de départ prennent souvent ce caractère.*

M. Pozzi tient pour certain « que, chez toutes les femmes prédisposées à l'hystérie, le moindre trouble des organes génitaux internes peut appeler la manifestation de la névrose. Ainsi s'expliquent à la fois : l'intensité des symptômes qu'on a cru pouvoir légitimement attribuer à des lésions insignifiantes, comme, « la cheville cicatricielle » d'Emmet au niveau des déchirures du col, et les *succès merveilleux de certaines opérations. Comment se défendre du diagnostic hystérie, en lisant les observations, comme celle de Munde, où l'on voit survenir une crise de sciatique ou une attaque de catalepsie, par la seule pression du doigt sur la cicatrice d'une déchirure du col, et la suture faire disparaître tous les accidents ? On doit presque dire qu'il y a une pathologie utérine spéciale pour les hystériques, et aussi peut-être des succès particuliers : on peut s'attendre avec elles à des résultats inespérés, pour des interventions qui resteraient sans effet, chez*

des femmes dont le système nerveux serait moins vulnérable ».

Il n'en est pas moins vrai que les malades, dont il s'agit, ont guéri de leur hystérie par un traitement gynécologique, — traitement par là même doublement justifié. — Il est très naturel de penser que le résultat est attribuable à la suppression d'un élément, qui détermine et même entretient la névrose, ce que les anciens appelaient *pars mandans*.

M. Pozzi préfère interpréter autrement le succès qu'il ne conteste nullement ; il fait tout reposer sur une sorte de suggestibilité, qu'il appelle impressionnabilité des malades dont il s'agit.

« C'est aussi, dit-il, tout simplement au traitement antiseptique de la métrite, bien plutôt qu'à une action mécanique problématique, et à une dilatation assurément bien indirecte de l'*ostium uterinum*, qu'il faut rapporter les guérisons publiées par Wolton, Gottschalk et Doléris (p. 640). »

La controverse sur ce point peut paraître prématurée, puisque les symptômes, qui doivent servir de base, ne sont pas encore incontestés. Il est donc important de préciser la symptomatologie.

La coïncidence de la métrite et de la salpingite a peut-être fait perdre de vue la distinction établie par plusieurs entre la colique salpingienne et la colique utérine. — Dans la première, les douleurs sont intermittentes, surviennent par crises, siègent sur un des côtés de l'utérus et se terminent par une évacuation vulvaire de sérosité ou de pus ; — dans la seconde, les douleurs sont également intermittentes ; mais elles occupent d'ordinaire l'hypogastre, retentissent dans la région lombaire, présentent une forme de ceinture et se complètent par des irradiations soit en avant, soit en arrière des cuisses (Auvard). Quand une évacuation termine la colique utérine, — ce qui est exceptionnel, — elle donne issue à un liquide muqueux. — Ce

liquide filant contraste singulièrement avec la matière gommeuse, qui empêche le linge, n'a pas d'odeur et donne une sensation prurigineuse aux malades qui le connaissent parfaitement après les coliques salpingiennes.

On sait d'ailleurs, depuis la communication de M. Doléris à la Société de biologie (21 décembre 1888), qu'il est possible d'arriver à l'évacuation artificielle des collections enkystées de la trompe, au moyen de la dilatation permanente et du drainage utérin. M. Pozzi conteste, il est vrai, le diagnostic des collections enkystées ainsi guéries: « il s'agissait, sans doute, plutôt de ces noyaux d'œdème aigu périphérique, qui compliquent souvent la salpingite et donnent la sensation d'une tumeur. C'est ce que M. Doléris lui-même semble avoir reconnu plus tard et ce dont il convient avec loyauté »; et M. Pozzi cite le passage suivant: « Je ne suis pas bien certain que, dans quelques-uns des cas, où j'ai vu la dilatation de l'utérus et le curettage faire évanouir en quelque sorte de semblables tumeurs, il ne s'agissait pas d'enkystements péritonitiques secondaires du bassin. » M. Pozzi y revient à plusieurs reprises. Il interprète la cessation des coliques salpingiennes, dont il connaît le processus par évacuation d'une certaine quantité de muco-pus, mais il en attribue la provenance, « quoi qu'on en ait dit, moins aux trompes qu'à la cavité de l'utérus, dont les contractions réflexes ont été provoquées par les crises douloureuses » (p. 634).

M. Pozzi n'a cependant pas convaincu tout le monde.

M. Hausmann a publié un cas d'évacuation du liquide salpingien par les voies naturelles chez une jeune fille atteinte d'hématosalpynx et observé par Frankenhäuser (Cf. Güemes, *Thèse de Paris*, 1887, p. 64).

M. Routier a présenté à la Société de chirurgie (12 octobre 1887) une observation de pyosalpynx, qui paraissait se vider par la pression (*Bulletins et Mémoires*, p. 547).

Nous avons observé plusieurs faits analogues; l'avenir mon-

trera combien il importe d'observer exactement les malades dont il s'agit. — M. Pozzi y aura lui-même remarquablement contribué, puisqu'il écrit (p. 195), au sujet « de jeunes femmes qui se croient atteintes de chlorose ou de maladies de cœur, sans que l'auscultation révèle de souffles cardiaques et vasculaires : qu'on examine aussi l'utérus et ses annexes, on reconnaîtra bien vite une métrite, une salpingite, etc. ; » et il ajoute : « Je pourrais en dire autant des névralgies diverses et même de certains états nerveux simulant l'hystérie. »

Ce dernier conseil de M. Pozzi est d'autant plus important, que les neuro-pathologistes sont moins portés à faire les explorations de gynécologie ; — il leur est même difficile d'apprécier tout ce qui est en dehors de leur domaine spécial, témoin cette pensée de M. le prof. Pitres : « Il peut arriver, il est vrai, que des accidents hystériques coexistent avec des lésions matérielles ou se développent à leur suite, comme s'il y avait entre eux un rapport de cause à effet. — Il n'est pas rare, par exemple, qu'un traumatisme local soit suivi d'une paralysie ou d'une contracture franchement hystérique. Mais cela ne prouve pas sûrement que le trouble fonctionnel soit subordonné à la lésion matérielle. Celle-ci peut avoir été la cause occasionnelle de celui-là sans être sa condition efficiente nécessaire. Et la preuve qu'il en est bien ainsi, c'est que, dans les cas de ce genre, on voit souvent l'accident hystérique guérir avant que les lésions qui l'ont provoqué aient disparu ; tandis que, d'autres fois, il persiste et s'aggrave malgré la guérison intégrale des lésions provocatrices. »

Si les neuro-pathologistes se désintéressent ainsi des lésions utérines ou annexielles et de leurs conséquences, on voit chez quelques gynécologistes une indifférence presque égale, mais dirigée dans le sens opposé, c'est à dire dans le sens des troubles nerveux réflexes, notamment au sujet de l'hystérie.

Dans un article encore récent sur les manifestations ner-

veuses génitales chez la femme (Polyclinique de Bruxelles, 16 juin 1894), M. le D^r Jacobs signale, après le prurit vulvaire et le vaginisme, une série de douleurs, qu'il appelle névralgies pelviennes permanentes, sans lésion appréciable à l'examen. Il les signale surtout chez les hystériques et les neurasthéniques, qui n'ont aucune lésion locale, ou bien qui n'ont que de minimales lésions de l'utérus, des ovaires ou des trompes ; M. Jacobs précise la sclérose, la dégénérescence microkystique, les adhérences légères et les déviations ; il se borne à relater le siège des douleurs au col de l'utérus, aux culs-de-sac vaginaux ou à la vessie ; il énumère les irradiations aux membres inférieurs, aux lombes, au sacrum, à l'ombilic et il ajoute que ces douleurs n'offrent aucun caractère spécial et sont indifféremment continues, intermittentes, spontanées ou provoquées.

Personnellement nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs faits où l'hystérie existait en même temps que la salpingite. L'affirmation ne suffit pas ; il est probe de suivre les détails de ces faits, dont l'issue nous a étonné, parce que nous ne connaissions pas à cette époque, les importantes acquisitions, accumulées dans les documents scientifiques que nous avons été amenés à dépouiller.

Nous recevons un jour la visite d'une personne de 27 ans, qui, après deux ans de noviciat, a été congédiée comme hystérique. Sa famille la considère comme une infirme désormais à sa charge, elle renonce à une amélioration quelconque de la névrose et même des troubles psychiques qui lui sont le plus pénibles ; elle demande seulement quelque soulagement pour les périodes menstruelles, qui toujours sont douloureuses, et qui, à chaque retour, ajoutent quelques exacerbations aux manifestations persistantes de l'hystérie.

En précisant les détails, on apprend que l'entrée en religion date de 1891. Immédiatement les règles ont diminué de durée et

de quantité et elles coïncidaient avec une tuméfaction du ventre sans aucune douleur. Chaque fois, le refroidissement des membres inférieurs paraît avoir contribué au retour et à l'exagération de ces symptômes, bien que le dallage du couvent et les périodes, parfois longues, d'immobilité produisissent contraste avec la vie antérieurement menée par la jeune fille.

Le 15 juin 1892, à l'occasion d'une émotion, apparaît une première attaque d'hystérie....; bien d'autres surviennent ultérieurement; les premières sont précédées de quelques prodromes qui permettent à la malade de prévoir leur arrivée; les suivantes éclatent brusquement, accompagnées de perte de connaissance; sauf quelques exceptions, la malade ne conserve au réveil aucun souvenir de l'attaque. Elle se réveille habituellement en pleurant et ne craint qu'une chose, c'est d'être obligée de quitter le couvent. Souvent la nuit est troublée par des cauchemars; la malade pousse des cris, tombe de son lit sans se réveiller et met le désordre dans le dortoir. Les attaques se renouvellent d'abord à des intervalles de deux ou trois jours, puis deviennent moins régulièrement périodiques. Dans le mois de septembre de la même année, elles sont, pendant quinze jours, plus fréquentes, au point de se répéter deux et même trois fois le jour; et la durée des attaques, qui n'était antérieurement que de dix à quinze minutes, se prolonge pendant vingt et trente minutes au minimum.

Vers la fin de novembre les attaques cessent. La malade est soumise à l'usage du bromure, des bains, des douches, du drap mouillé, qui provoque des névralgies intenses; elle est obligée de quitter le couvent le 6 janvier 1893.

Elle n'a pas eu de règles depuis le mois d'août 1892, supporte difficilement son corset, et se plaint d'un continuel froid de pieds. Un médecin qu'elle consulte lui fait entrevoir la nécessité d'un examen gynécologique. C'est en avril 1893, que nous voyons cette malade pour la première fois: elle paraît notablement amaigrie, souffre souvent de l'estomac, mais ne

présente guère les irritabilités si fréquentes des névropathes. L'inspection du ventre laisse entrevoir une minime augmentation de la portion gauche, à la hauteur de l'ombilic ; la palpation est sensible dans la région des trompes, droite et gauche ; celles-ci sont le siège d'hydrosalpinx, qu'on sent manifestes et ascendants à droite et surtout à gauche. Le toucher est rendu difficile par l'étroitesse de l'orifice vaginal, dont le bord hyménéal blesse le doigt explorateur ; il permet de reconnaître un col mou, étroit, souple, situé en bas et en arrière. Dans le cul-de-sac antérieur, on trouve l'utérus très tuméfié, en antéflexion et comme entouré d'un vieux foyer de périmérite. La douleur que provoque, cette exploration, ne permet pas de poursuivre plus loin nos premières recherches.

Le traitement est immédiatement prescrit sur les bases suivantes : un vésicatoire 7×7 , pendant douze heures tous les quinze jours, sur le milieu du bas ventre ; une injection chaude lente, prise au lit comprenant dix litres d'eau bouillie et deux grammes d'alun chaque matin ; un lavement chaud et simple chaque matin et chaque soir ; un pédiluve court, chaud, chaque matin ; une friction alcoolique des pieds à midi et le soir ; un bain entier chaque semaine ; promenades à pied ; alimentation par le lait et les viandes blanches ; vêtements chauds sur toute la moitié inférieure du corps.

Le premier vésicatoire est suivi d'une légère perte de sang, qui ne dure guère qu'un quart d'heure ; mais pendant les deux jours qui suivent la malade observe des pertes qui s'effectuent avec les mêmes symptômes que ceux du sang menstruel ; mais ces pertes ne consistent qu'en un liquide que la malade qualifie d'« eau » et qui présente une couleur jaunâtre, un aspect gommeux qui empêche le linge, mais sans aucune odeur. — Les deux vésicatoires suivants sont presque immédiatement suivis de nouvelles pertes analogues et moins abondantes toutefois ; le ventre devient en même temps moins sensible et la pression du corset est désormais facile à supporter ; l'état d'esprit est moins sombre et le sommeil redevient naturel.

A la fin de mai les symptômes primitifs de métrosalpingite se manifestent de nouveau, ils débutent par des nausées et des vomissements alimentaires copieux; le ventre se tuméfie, redevient sensible et ne laisse plus supporter le corset; le sommeil est moins bon; la gaieté disparaît; la malade redevient sombre, taciturne, susceptible, à charge à elle-même. L'écoulement du liquide salpyngien se manifeste de nouveau, lorsque le liquide des injections contient des flocons blancs, quise déposent au fond du bassin.

En juin, l'hydrosalpinx devient plus manifeste que jamais; mais sa distension est moins exagérée, ce qui rend la palpation plus aisée et plus complète. En même temps, le toucher vaginal indique un ramollissement du corps utérin et une tendance à la rétroflexion. — Des pointes de feu, appliquées en grand nombre, sont substituées aux vésicatoires, la proportion d'alun est élevée de dix à quinze grammes pour les injections; et les exercices physiques sont désormais plus importants.

Quinze jours plus tard, la malade éprouve de nouveau la sensation de colique salpingienne, très nettement perçue pour le côté gauche, et terminée encore par l'évacuation du liquide gommeux et prurigineux antérieurement observé.

Peu de jours après, réapparaît pour la première fois le sang des règles, qui surprend la malade sans douleur et sans attaque hystérique. — Immédiatement après, la malade retrouve son état d'esprit aussi libre, aussi égal et aussi sociable qu'avant toute maladie.

Après une année de temporisation sans aucune attaque d'hystérie, sans nouveau trouble métro-salpyngien, la malade est admise à réintégrer son couvent; elle y est astreinte aux précautions nécessaires pour éviter toute rechute. Nous en avons eu des nouvelles récemment: elle demeure encore guérie aussi bien de sa névrose que de sa métro-salpyngite; son entourage s'étonne de ne plus rien observer des travers d'esprit,

des susceptibilités, de la mélancolie et des inégalités de caractère, qui préludaient jadis chacune des séries d'attaques d'hystérie.

Une autre religieuse nous est présentée, parce qu'elle a été renvoyée dans sa famille pour raison de santé, après avoir passé dix années entières dans la vie de communauté. — En remontant jusqu'aux sources, nous apprenons, non sans surprise, que deux médecins différents, tous deux âgés et instruits, et qui ne se sont ni vus, ni concertés, sont tombés d'accord pour signaler cette religieuse à ses supérieures, comme étant un sujet non acceptable, pour cause d'hystérie. Ce diagnostic nous a été directement répété par un des médecins en cause, lequel n'avait, pas plus que son prédécesseur, songé à s'enquérir de la possibilité d'une coïncidence avec un élément quelconque du syndrome utérin.

Cette personne, actuellement âgée de 29 ans, a toutes les apparences d'un état psychique régulier ; elle n'a rien des allures d'une hystérique.

En l'interrogeant elle-même, ainsi que sa mère et son entourage, on apprend qu'elle a été, dès sa jeunesse, sujette aux migraines, réglée à 15 ans ; la fonction menstruelle demeure normale jusqu'à l'âge de 21 ans ; quelques troubles, survenus alors, sont considérés comme accessoires d'une gastro-entérite : c'est, à peu près, la date de son entrée en religion.

Un an plus tard, une époque se passe sans perte de sang, mais avec une constipation plus importante et plus tenace que de coutume ; on se borne à y opposer le repos et l'usage intempestif de l'aloès. — Les époques suivantes apparaissent à peu près correctement, mais sont mal observées.

L'année suivante, l'écoulement menstruel n'est signalé que deux fois — et il n'en apparaît plus rien pendant sept années consécutives. — Pour lutter contre cette aménorrhée si absolue

et si tenace, on emploie successivement toute une série de médications qui ne donnent aucun résultat : potions, capsules, pilules, tisanes ; on fait deux applications de sangsues à la partie supérieure des cuisses ; la seconde est suivie d'une sorte de contracture de la jambe sur la cuisse pendant plusieurs jours.

Envoyée à Bruxelles en 1890, la malade subit des fatigues prolongées et un véritable surmenage dans ses fonctions de garde-malade : c'est alors qu'elle éprouve, pour la première fois, des douleurs importantes vers les flancs et dans le bas-ventre. Le médecin belge se borne à conseiller le repos dans le décubitus dorsal, prescription peu compatible avec les obligations d'une religieuse hospitalière. — Malgré la persistance de sa douleur, la malade continue à vaquer autant que possible à ses occupations, jusqu'au moment où elle succombe à la fatigue et à la débilité ; elle est envoyée en Normandie.

Grâce au repos, qui lui est alors donné, elle s'améliore peu à peu et reprend prématurément un service complet sans aucun ménagement. L'état général devient mauvais ; la céphalalgie est gravative en arrière et sur le sommet de la tête, sans être limitée comme le clou hystérique ; la constipation devient de plus en plus opiniâtre ; les troubles digestifs se manifestent à nouveau ainsi que les douleurs hypogastriques et abdominales. La malade s'explique mal sur ce dernier point ; tantôt plus aiguës, tantôt plus atténuées, les douleurs répondent soit à l'estomac, soit au rachis, soit aux parties inférieures du thorax, à toute la poitrine ; il lui arrive même de souffrir de vives douleurs le long de l'œsophage pendant l'acte de la déglutition, alors même qu'il s'agit d'aliments simplement liquides. Bien d'autres symptômes augmentent encore l'obscurité de cet état pathologique ; le moindre bruit devient insupportable ; il y a des élancements très douloureux dans les membres inférieurs, qui parfois se fléchissent et semblent se contracturer dans la flexion ; le moindre mouvement était alors pénible, le geste de monter

dans son lit était, suivant son expression, une sorte de supplice pour son ventre et pour ses jambes. Pendant six mois, l'état fut particulièrement grave et imposa le séjour au lit ou sur un fauteuil. On multiplie les purgatifs sans insister sur le reste du traitement ; toutefois une affection utérine n'était pas étrangère aux préoccupations du médecin qui ne fit aucune exploration, pas même la palpation du ventre, et se borna à laisser entendre l'expression de relâchement des ligaments de l'utérus. — Une sorte de crise survient alors : sans aucune manifestation d'ordre nerveux, une métrorrhagie apparaît, en même temps que de très intenses douleurs utérines. Au bout de quelques jours, celles-ci sont suivies d'un très important soulagement. La malade commence dès lors à se lever, puis à sortir ; l'état général s'améliore peu à peu, et, après quatre mois d'une sorte de convalescence, en juillet 1879, elle reprend du service de garde-malade.

Cependant la métrorrhagie n'avait été qu'un événement isolé, l'aménorrhée persiste.

Déjà six semaines après avoir repris ses occupations, elle voit reparaitre les accidents abdominaux, mais avec moins d'intensité que pendant la crise métrorrhagique. — Le médecin qui l'examine alors s'abstient, lui aussi, de se rendre compte par lui-même ; loin de rechercher des signes physiques, il se borne à interroger l'entourage et il se prononce en affirmant un diagnostic d'hystérie ; — en conséquence, il impose à la malade l'obligation d'aller et venir, de ne point s'écouter, de s'entraîner au travail ; il se borne à lui conseiller l'usage du bromure et les pratiques de l'hydrothérapie. — La malade se soumet sans discuter aux prescriptions ainsi formulées.... Amenée un jour à se trouver seule dans une rue, elle fut surprise par une douleur de ventre d'une telle intensité, qu'elle dut s'arrêter et même s'appuyer pour ne pas tomber ; elle dut attendre que l'intensité la plus grande fût passée, avant de se remettre en chemin. La douleur, dont il s'agit, ne fut équitablement appréciée, ni par l'entourage, ni par le médecin. —

Un médecin étranger à l'établissement fut du même avis que son confrère et conseilla le même mode de traitement.

A peu de temps de là, le médecin de l'établissement fut changé : son successeur, sans plus s'en rendre compte, confirma purement et simplement le diagnostic « hystérie », précédemment porté et prescrivit des douches et l'usage interne du bromure ; il conseilla en outre des frictions sur les membres inférieurs. — Peu à peu l'amaigrissement devint très important, les insomnies souvent complètes ; l'anorexie et la dyspepsie étaient presque permanentes ; — il n'y avait guère qu'un état stationnaire, lorsqu'une circonstance extrinsèque vint inspirer une détermination nouvelle. Deux religieuses du même ordre venaient de perdre la raison et on attribuait leur folie à l'hystérie. La même maladie, ayant été attribuée à la malade dont nous rapportons l'histoire, inspira aux supérieures la détermination de rendre la malade à sa famille. C'est là que nous l'observons pour la première fois en juin 1894.

Dès notre première exploration, nous constatons la tuméfaction du ventre plus particulièrement à gauche et en dessous de l'ombilic. En plaçant la malade dans le décubitus dorsal, avec un relâchement aussi complet que possible des muscles droits antérieurs de l'abdomen, nous attendons que la malade fasse de lentes et profondes inspirations ; nous en profitons pour suivre, par une palpation attentive, le retrait de la paroi, et nous discernons une trompe gauche presque aussi volumineuse que le poignet, suivant une direction ascendante à gauche et en avant des corps vertébraux. De la même manière, nous trouvons la trompe du côté droit pelotonnée immédiatement au-dessus du détroit supérieur du bassin : nous reprenons alors notre interrogatoire et sommes grandement surpris de n'y pouvoir rien découvrir, qui se puisse légitimement attribuer à la névrose hystérique, malgré les affirmations répétées et nullement concertées de cinq confrères ; l'un interpellé par nous-même, de vive voix et par écrit, nous a ingénuement

répondu que les bizarres symptômes, par lui observés, ne lui avaient pas inspiré l'idée de la possibilité du syndrome utérin ; cette bizarrerie même ne lui semblait pouvoir être attribuée qu'à une seule maladie, connue pour protéiforme, l'hystérie..... La malade est d'ailleurs dans un état général des plus fâcheux, très pâle, extrêmement maigre, d'un aspect craintif et souffreteux, résignée, mais absolument déçue de se savoir tombée à l'état d'infirme. Elle se prête à toutes les explorations de nature à déceler la névrose ; non seulement il n'y a jamais eu d'attaques : mais encore il est impossible de constater ni dyschromatopsie, ni anesthésie du voile du palais, ni plaques d'hypéresthésie, ni rétrécissement du champ visuel. Sans doute, on pourrait invoquer la sensibilité très vive de la région ovarienne ; mais, à plusieurs reprises nous constatons avec certitude que cette sensibilité est très nettement localisée à chacune des deux trompes distendues. — Nous réservons temporairement la question de l'hystérie, et nous instituons le traitement de l'aménorrhée par métrite et celui de la salpingite. — Des injections chaudes sont données lentement, pendant le décubitus dorsal, deux fois chaque jour, avec une quantité de deux litres au moins d'eau bouillie, parfois chargée d'un peu d'alun ; des lavements chauds sont multipliés autant qu'il y a lieu, tandis que les purgatifs sont délaissés. Des vésicatoires de 15×7 sont appliqués à dix ou douze jours d'intervalle et pendant dix à quinze heures. Des vêtements de laine, des frictions d'alcool camphré sur les membres inférieurs, un pédiluve chaud avant le repas principal, et surtout un exercice régulier par la marche et malgré la fatigue, sont ajoutés à ce traitement, que complètent deux bains entiers chaque semaine.

Après le deuxième vésicatoire, apparaissent quelques douleurs hypogastriques, comme si le sang des règles allait s'écouler. Dès le lendemain la malade éprouve très nettement la sensation de colique salpyngienne ; celle-ci est située plus haut que la douleur menstruelle ; elle est plus à gauche ;

elle force la malade à se plier en deux, en s'inclinant sur le flanc gauche; cette douleur est rapidement suivie par l'évacuation involontaire d'une sorte de petit flot d'un liquide jaunâtre, gommeux, empesant le linge et sans aucune odeur.

Après le quatrième vésicatoire, les règles apparaissent de nouveau..... pour la première fois depuis huit ans; — elles ont, depuis lors, leur périodicité et tous leurs caractères observés antérieurement à la maladie.

La malade est encore un peu décolorée; mais elle n'est plus maigre; elle a recouvré ses forces, elle supporte son corset sans y songer; elle mange et digère les mêmes aliments que tout le monde; elle se sent apte à reprendre l'intégralité de ses occupations, comme si elle n'avait jamais été malade; elle marche désormais sans douleur et sans fatigue, même pour monter des escaliers élevés; elle dort régulièrement, et ne souffre plus d'aucune céphalalgie.

Il nous est impossible d'envisager cette malade comme une véritable hystérique; elle n'en a présenté aucun symptôme réel. Nous connaissons un grand nombre de membres de sa famille qui n'en présentent et n'en ont présenté jamais aucun symptôme; mais il faut reconnaître que la sensibilité de la région ovarienne aurait pu induire en erreur des médecins qui auraient négligé l'importance des autres symptômes. — Il est très remarquable que le seul traitement suivi de succès (en une période de dix ans), a été celui du syndrome utérin, et que la symptomatologie, mal interprétée et faussement attribuée par trois confrères à l'hystérie, a entièrement cédé à un traitement gynécologique non opératoire.

Dans le cas suivant, l'hystérie a été manifestée par des attaques et par une poussée au moins de contractures. Elle est donc caractérisée.

Une jeune fille, grande et vigoureuse, issue d'une famille qui ne présente pas de tares bien caractérisées, voit apparaître

ses règles vers l'âge d'onze ans, sans douleur, mais non sans quelques énervements à chaque époque menstruelle. Des troubles gastriques et une diarrhée temporaire, coïncidant avec le début des règles, survenaient de temps en temps, lorsqu'à l'âge de quinze ans, éclate une première attaque d'hystérie.

L'occasion était une contrariété, et la coïncidence avec l'époque menstruelle fut tenue par la malade et par son entourage pour une circonstance purement fortuite. — Depuis lors, cinq médecins furent successivement consultés et tombèrent d'accord sur la nature hystérique des attaques observées ou relatées. Le début, parfois brusque, d'autres fois pressenti, s'accompagne presque toujours d'une sensation de boule, qui part de l'hypogastre, remonte vers le creux épigastrique et détermine à la gorge une sensation de constriction, qui étouffe la malade. Dès que l'attaque est établie, il existe une véritable perte de connaissance, sans écume à la bouche, et toujours accompagnée de mouvements, pour lesquels les médecins consultés ont prescrit d'abandonner la malade à elle-même, en évitant seulement qu'elle se blesse. — La malade assure qu'à son réveil, elle a, d'habitude, perdu la notion de ce qui s'est passé pendant l'attaque ; mais elle reconnaît qu'elle se rend compte de certains mouvements d'ascension de la boule et de constriction de la gorge, alors même qu'il lui est impossible de s'exprimer.

Depuis dix ans, elle est en traitement par l'hydrothérapie, les polybromures, le bromure de camphre, et une hygiène qui cherche à éviter les contrariétés (qui sont les occasions de nouvelles manifestations de la névrose).

Cependant, le troisième médecin appelé à lui donner des soins, n'a pas dédaigné la coïncidence d'une dysménorrhée. Profitant d'un jour de douleur particulièrement intense, il détermina la jeune fille à se laisser explorer et découvrit l'existence, jusque-là ignorée, d'un ulcère du col utérin. Il en institua aussitôt le traitement par les astringents et ne fut pas

le moins surpris de constater la diminution de l'importance et du nombre des manifestations de la névrose.

Tout traitement gynécologique était abandonné depuis plusieurs années, et le médecin, dont il s'agit, constatait la persistance de la guérison de l'ulcère du col, lorsque la malade nous fut envoyée pour la première fois par M. le prof. Bouchaud qui avait constaté l'authenticité des caractères de l'hystérie.

Il nous fut facile d'apprendre tout d'abord que le symptôme le plus pénible était celui de la dysménorrhée. Les douleurs qui précèdent les règles sont bien de siège utérin ; elles sont presque localisées dans le bas-ventre, mais ne tardent pas à s'accompagner d'irradiations lombaires, dorsales, et même en avant des cuisses ; leur intensité réveille, avec une constance qui semble inévitable, une nouvelle poussée des manifestations hystériques, alors même que celles-ci auraient été depuis un certain temps interrompues. Le témoignage de tout l'entourage concorde sur ce point, de la façon la plus formelle, avec celui de la malade elle-même.

Au moment où nous l'examinons pour la première fois, la malade est âgée de vingt-cinq ans, un peu amaigrie, et à peu près résignée à son hystérie qui date de dix ans, mais très désireuse d'être soulagée de sa dysménorrhée qu'elle rend presque responsable du réveil de sa névrose.

L'exploration gynécologique montre qu'il n'y a plus d'ulcère du col utérin, dont la cicatrisation est presque parfaite, mais qu'il existe une salpingite double, très nettement caractérisée. La palpation abdominale révèle, en effet, l'existence des deux tumeurs ordinaires. — Celle du côté gauche est ascendante et légèrement sinueuse, du volume d'un boudin, immédiatement en avant et à gauche des corps vertébraux. Lorsqu'on en pratique la palpation avec de grands ménagements et par un contact superficiel, elle n'est guère sensible ; mais lorsqu'on exerce une pression quelque peu énergique, on détermine une exquise douleur qui se prolonge jusqu'au creux épigastrique et

donne à la malade la même sensation que celle d'une attaque imminente. — La tumeur du côté droit est située moins haut : elle est à la limite de l'hypogastre et de la fosse iliaque ; elle est moins facilement accessible ; mais, lorsqu'on déplace, par de douces pressions, le groupe des anses intestinales, situées plus superficiellement, on reconnaît, par une percussion légère, le contraste entre la sonorité des anses intestinales circonvoisines et la matité nettement appréciable de la portion plus dure et plus renittente, que l'on vient d'atteindre par cette manœuvre. — L'existence d'une salpingite double est donc certaine ; le traitement est aussitôt commencé, en le limitant aux ressources non opératoires.

Deux mois après le commencement de ce traitement, l'apparition des règles est beaucoup moins douloureuse ; elle n'est plus précédée que d'une seule attaque d'hystérie, laquelle dure à peine dix minutes ; tandis que jadis, les attaques qui précédaient l'évolution menstruelle duraient au moins une heure et se succédaient pendant trois et même quatre jours, aussi bien nocturnes que diurnes ; les troubles gastriques sont également très améliorés. L'état d'esprit présente moins d'inégalités ; et le zèle pour le travail n'est presque plus entravé par les incidents observés antérieurement.

Une exploration, faite à cette date, par la palpation abdominale et par le toucher vaginal, indique que les trompes ne siègent plus dans la cavité abdominale proprement dite : elles sont descendues au-dessous du détroit supérieur ; il est impossible de les atteindre par la palpation abdominale : on les discerne parfaitement par le toucher : l'une des deux (probablement la gauche) est pelotonnée dans le cul-de-sac postérieur ; l'autre paraît se trouver dans le cul-de-sac vésico-utérin.

La malade s'est très bien rendu compte d'une colique salpyngienne ; mais, en dehors de cette circonstance, l'écoulement a été observé par elle d'une façon intermittente et sans

aucune sensation d'effort véritable. — Par ailleurs, les coagula blanchâtres ont été remarqués, surtout pendant les premiers temps, dans le liquide des injections alunées.

La malade est tellement convaincue de la relation qui existe entre l'amélioration obtenue, même pendant la saison défec-tueuse de novembre, décembre et janvier, qu'elle attribue ses récentes et minimas attaques à des contrariétés et non plus à des troubles fonctionnels utérins. Nous ne partageons pas son optimisme; et nous constatons la coïncidence entre ces mêmes attaques et l'époque prémenstruelle. — L'observation de cette malade est encore trop récente et trop incomplète pour être couronnée par une sanction définitive; mais l'hysté-rie, dont la nature n'est guère contestable, a été grandement et immédiatement améliorée par le traitement non opératoire de la salpyngo-métrite.

Une autre malade a présenté la forme de grande hystérie qui eût été jadis qualifiée hystéro-épilepsie.

C'est une fiancée de 21 ans, dont le mariage est en négocia-tion et demeure actuellement en suspens à cause de la multi-plicité et de la date encore récente des tapageuses manifesta-tions de son hystérie. Elle est la troisième enfant d'une famille d'onze, tous vivants, la mère a eu trois pertes à 3, 4, 5 mois; elle ne paraît avoir eu aucune maladie du système nerveux, non plus que les tantes maternelles et l'aïeule maternelle, actuellement vivante et âgée de 80 ans. Le père et les proches de la branche paternelle semblent également exempts de tare héréditaire de névrose. Parmi les collatéraux, dont une seule sœur, on relève des convulsions pendant l'enfance dans les limites suivantes : le 1^{er}, la 3^e (qui est la malade elle-même), la 5^e, le 7^e, le 9^e, le 11^e. On signale, en outre, des douleurs de tête qui présentent bien les caractères de migraine chez le 7^e enfant, actuellement âgé de 13 ans; la 3^e et la 5^e sont les deux seules filles. La malade elle-même a eu des convulsions de temps

en temps, depuis l'âge de 3 mois jusqu'à l'âge de 6 mois; mais ces accidents ne se sont pas renouvelés depuis.

A partir de 4 ans et demi, la malade a passé deux années auprès d'une personne maniaque, colère, petit esprit et, par conséquent, mal guérie d'une psychopathie qui avait nécessité un séjour dans un asile d'aliénés d'où elle venait de sortir. Ces deux années d'une vie commune avec une convalescente de maladie mentale, ont laissé dans l'esprit de la malade une impression de profond effroi. A l'âge de 6 ans et demi, elle est placée dans un couvent, où elle se trouve bien portante tout d'abord; — à 12 ans et demi apparaissent simultanément des coliques, de la céphalalgie et parfois même des vomissements; en même temps survient toujours une tuméfaction temporaire du ventre que la malade a nettement observée et qui disparaît sans diarrhée. Les mêmes symptômes se renouvellent et deviennent de plus en plus importants jusqu'à 13 ans et demi, date de sa sortie du couvent. — Elle est malheureusement alors de nouveau astreinte à mener une vie commune avec la dame de compagnie qui a fait antérieurement un séjour dans une maison d'aliénés.

Vers l'âge de 14 ans et demi (juillet-août 1888), les règles apparaissent pour la première fois : la perte copieuse aurait été évaluée à plus de trois cents grammes de sang et aurait persisté pendant huit jours; malgré le repos persistant au lit. Cette première période de règles a d'ailleurs été précédée de douleurs extrêmement intenses pendant trois jours, surtout la veille même de l'apparition du sang.

A partir de cette époque, les règles ont évolué à peu près exactement chaque mois; très rarement, le délai a été de trois ou cinq au lieu de quatre semaines; — toujours l'époque a été précédée de douleurs qui siègent dans le ventre et surtout dans les reins; leur durée est au moins de cinq, six heures; leur importance, toujours plus considérable en hiver qu'en été; leur intensité interrompt parfois le sommeil régulier de la

nuit ; les douleurs persistent encore pendant les premiers jours de la perte de sang ; elles cessent, d'ordinaire, lorsque le sang, toujours noir, est accompagné de quelques pelli-
cules très minces, de couleur blanc-grisâtre, sans odeur appréciable. — Pendant la période intercalaire, la malade observe des pertes presque incolores, inodores, un peu gommeuses, dont l'évacuation survient par moment, avec des intervalles dépourvus de tout suintement. Ces pertes ont une durée de quatre à cinq jours. — Pendant les dernières périodes de règles, la quantité de sang a été de moins en moins abondante ; et le flux menstruel a cessé complètement en décembre 1893.

Cependant, la tuméfaction du ventre se reproduit encore périodiquement ; la malade se rend bien compte de la nécessité de quitter son corset, au moins pendant les dernières heures de la journée ; elle compare cette sensation avec celle qu'elle observait jadis, avant de perdre du sang ; et elle remarque que la tuméfaction du ventre, tombe lorsqu'elle a perdu une certaine quantité d'eau gommeuse et prurigineuse. Cependant, elle fait observer qu'à ce point de vue, les pertes d'eau actuellement signalées, la soulagent beaucoup moins que les pertes de sang d'autrefois.

Depuis janvier 1894, les pertes d'eau sont jaunes, gommeuses, inodores, prurigineuses et elles empèsent le linge ; — la malade précise nettement que la douleur abdominale est intense dans tout le ventre, surtout dans le bas-ventre, et plus spécialement dans le côté gauche. La colique ne ressemble en rien à celle qui précède une indigestion ou une diarrhée ; elle ressemble davantage à celle des règles sans lui donner, toutefois, une sensation exactement semblable. Lorsque cette colique atteint son exacerbation, elle provoque des nausées et même des vomissements qui sont souvent alimentaires, quelquefois muqueux. Après cet effort, la malade retombe fatiguée..... Dix ou quinze minutes se passent ; puis survient

un écoulement de liquide, ce qu'elle appelle une perte d'eau et qui fait une tache de la dimension d'une pièce de cinq francs environ.

Les premiers troubles nerveux sont apparus à l'époque des règles, en septembre 1890 : c'était d'abord de simples pâmoisons de peu de durée ; — c'est en été 1891 qu'est survenue la première attaque, encore pendant la période des règles : elle venait de se lever et de passer dix minutes immobile, étant légèrement vêtue, lorsque survint une perte de connaissance, accompagnée de chute sur le parquet, de vomissements ; la malade s'agitait sans rien briser, ni déchirer ; elle a conservé le souvenir de tout ou presque tout ce qui s'est passé pendant cette première attaque. — Il s'est écoulé quatre à cinq mois avant que survienne la seconde attaque : c'était au commencement de l'hiver 1891 ; la malade avait ses règles : elle allait commencer son déjeuner, lorsque brusquement elle tombe sans connaissance, lance au loin les objets qui se trouvaient sur la table à sa portée et heurte l'angle d'un calorifère, ce qui lui occasionne une large ecchymose palpébrale du côté droit ; pendant trois heures, elle demeure sans connaissance et ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé ; elle se réveille en pleurant. — Pendant l'hiver ainsi commencé, les attaques se renouvellent souvent, parfois jusque cinq et six fois le même jour. Cependant, c'est toujours à l'époque des règles que ces attaques reparaissent en série ; lorsqu'il en survient pendant les périodes intercalaires, c'est au moment de la perte d'eau que la malade apprécie nettement. Plusieurs fois, cette perte d'eau survient pendant l'attaque de nerfs, qui est accompagnée de la perte complète de la connaissance et se termine par un réveil dans les rires, ou dans les pleurs, au milieu de mouvements désordonnés.

En dehors des attaques, la jeune fille est active, conserve son appétit, et témoigne de tendances joviales, parfois même exubérantes.

Le 23 mai 1894, nous l'examinons pour la première fois et constatons une salpingite double, dont les tumeurs sont situées au-dessus du détroit supérieur; la plus volumineuse et la plus sensible est celle du côté droit; il y a en même temps quelque céphalalgie et des douleurs abdominales et lombaires à peu près permanentes. Le traitement ordinaire de la métrosalpingite est commencé; en raison d'une incontinence d'urine, qui survient assez fréquemment, surtout après les coliques salpingiennes, les vésicatoires sont remplacés par les applications de pointes de feu sur l'hypogastre, lesquelles sont renouvelées de dix en dix jours.

La première application révulsive est immédiatement suivie d'amélioration; il n'y a eu que trois attaques de nerfs en dix jours, au lieu de quinze à vingt antérieurement comptées. Les mouvements désordonnés ont été accompagnés de morsures de la langue; le réveil a été triste, avec perte complète du souvenir et un vomissement contenant le sang dégluti après la morsure de la langue.

Pendant la nuit du 12 au 13 juillet, après une journée troublée par des douleurs hypogastriques et lombaires, comme si l'évolution menstruelle allait s'accomplir, il survient une série de cinq attaques de nerfs dont la malade ne garde pas le moindre souvenir; sa mère, qui partage son lit, en reconnaît l'existence par une autre façon de respirer, quelque peu de mouvements qui persistent pendant cinq minutes, après quoi la malade se réveille pour se rendormir avec une certaine facilité. Le lendemain, elle vomit et s'aperçoit qu'elle s'est mordu la langue; elle souffre d'ailleurs d'une céphalalgie très importante et d'une courbature très accentuée; après avoir gardé le lit jusqu'au soir, elle se lève et va à la gare au-devant de son frère. — Pendant ce même jour et le lendemain, la tuméfaction du ventre est plus grande que de coutume, et les injections d'alun contiennent des coagula blancs, floconneux, albumineux, qu'on n'avait plus observés pendant les dix

ou quinze jours précédents et qui ont de nouveau disparu pendant les quinze jours suivants, en même temps que disparaissait la tuméfaction du ventre. — A plusieurs reprises et à des périodes variables se manifestent les mêmes poussées de rétention salpingienne. — Mais, ce qui détermine la malade à persévérer dans le détail de son traitement, c'est qu'elle n'a eu qu'une seule attaque en août, quatre le même jour à la fin de septembre ; elle n'en a eu ni en octobre, ni en novembre ; — toutes ces attaques ont d'ailleurs été plus courtes et surtout plus bénignes que les précédentes ; — les coliques prennent une forme plus nettement utérine et nous déterminent à lui appliquer en décembre une tige de laminaire.

Le moment choisi est celui qui suit immédiatement une des poussées que la malade compare si bien à l'imminence des règles.

Nous choisissons une laminaire du plus petit calibre, l'introduction s'en fait à frottement un peu dur et l'utérus n'a aucune tendance à vomir ce corps étranger ; — le lendemain la tige de laminaire est remplacée par un crayon iodoformé, qui est aussi bien supporté que le topique dilatateur ; — le surlendemain un crayon de tannin provoque, trois heures après son introduction, une attaque de nerfs avec perte complète de connaissance ; cette attaque débute à la fin d'une partie de cartes au cours de laquelle elle avait continuellement perdu ; sans que rien pût le faire soupçonner à son entourage, elle fut prise à la fois d'un mouvement de rotation de la tête en arrière et à droite, d'un mouvement de pronation et d'extension exagéré de l'avant-bras du côté droit, et enfin, d'un mouvement d'extension du tronc, qui la fit tomber sur le sol ; sans recouvrer connaissance, elle fut prise aussitôt de mouvements désordonnés et de vociférations qui persistèrent pendant plusieurs heures. Depuis six mois il n'y avait pas eu d'attaque aussi importante : il est impossible de méconnaître l'action provocatrice du tannin dans la cavité utérine.

Cette malade, actuellement encore en observation, est déjà une preuve de l'importance de la métro-salpyngite comme *pars mandans* des manifestations de l'hystérie.

Elle témoigne également de l'efficacité du traitement gynécologique non opératoire, pour améliorer un état pathologique réellement digne de quelque pitié ; — elle prouve surtout combien grande est la susceptibilité des portions plus supérieures de la muqueuse génitale, puisque l'application intempestive d'un médicament exerce une action aussi néfaste, et même notablement plus puissante que celle du processus morbide préexistant, pour devenir à son tour, et sur le même lieu, une autre sorte de *pars mandans* de la névrose temporairement latente chez la malade.

Il nous serait facile de multiplier les faits — que nous avons pu observer chez d'autres clientes, auxquelles nous avons été amené à donner des conseils transitoires, ou qui n'ont pas persisté à suivre dans tous ses détails un traitement, dont il est impossible de méconnaître la multiplicité de soins et la longue durée.

Nous ne ferons pas plus état des quelques observations, qui nous ont été relatées de vive voix par plusieurs de nos confrères et amis.

Sans doute, les deux derniers faits n'ont pas une importance numérique suffisante, pour déterminer la conviction du lecteur ; mais les circonstances dans lesquelles nous les avons suivis, le contrôle de plusieurs confrères, la critique que nous y avons constamment apportée et la surprise que nous ont causée les résultats, leur donnent cependant une valeur suffisante pour les rapprocher étroitement des documents historiques, que nous avons groupés dans ce chapitre et qui seraient devenus réellement encombrants, si nous n'avions cru devoir les restreindre aux limites étroites du siècle où nous vivons.

Qu'il nous soit permis toutefois, de tenter une précision, dont l'avenir élucidera la valeur ; — des nombreuses formes, que présente le syndrome utérin, nous avons observé au cours des vicissitudes de la clientèle, beaucoup plus de métrites que d'autres manifestations ; et nous n'y avons pas rencontré de manifestations de la névrose hystérique, lorsque la localisation utérine était réellement la principale ; — nous avons observé de la même façon un nombre relativement important de maladies des ovaires : là non plus, il ne nous a pas été donné de rencontrer de véritables manifestations hystériques.

Cette circonstance est d'autant plus curieuse que les précédents observateurs ont signalé l'hystérie à propos de bien des métrites et des ovarites. Lorsque la métrite était seule connue et que les ovarites n'étaient pas plus soupçonnées que les salpyngites, les cliniciens insistaient surtout sur l'importance de certains processus caractérisés par une nature purement inflammatoire et par une évolution d'une grande lenteur. Comment ne pas remarquer les caractères inconsciemment signalés du syndrome utérin si communément rencontrés de nos jours ?

A une époque plus récente, on a fait la part large aux douleurs survenues pendant les manifestations diverses du syndrome utérin. — Sans doute quelques-uns ont insisté sur l'utérus irritable ; mais beaucoup d'autres ont attribué à l'ovarite chronique les douleurs spontanées et les sensibilités diverses, dont on peut voir maints témoignages textuellement reproduits dans les pages qui précèdent. — On ignorait alors l'importance et presque l'existence des rétentions salpyngiennes et de leurs évacuations, soit spontanées, soit provoquées.

Sans doute la question est loin d'être résolue ; mais il nous semble opportun de la poser.

On peut demander qu'il soit cherché plus assidument si, dans la métro-ovaro-salpyngite des hystériques, les troubles principaux, ou du moins les plus communs, ne doivent pas être attribués à la rétention du liquide des trompes, beaucoup plus

qu'à une métrite préexistante, ou à une ovarite insuffisamment démontrée.

Ce serait peut-être le terrain précis où se rencontreraient les partisans d'une hypéresthésie, non de l'ovaire, mais de la région ovarienne, ceux qui admettent les troubles péri-ovariens et surtout les cliniciens plus modernes, qui font la plus grande part aux troubles du système nerveux grand sympathique du mésovarium et du méso-salpinx.

Il est donc certain que, chez les sujets prédisposés, le syndrome utérin est *pars mandans* de l'hystérie ; l'avenir montrera si la part y doit être faite plus large à la salpyngite qu'à la métrite et surtout à l'ovarite, lorsque ces localisations relèvent d'un processus simplement inflammatoire et d'une évolution lente.

CHAPITRE VI.

L'HYSTÉRIE DANS LA PATHOLOGIE UTÉRO-OVARIENNE.

L'importance de la pathologie utérine chez les hystériques peut être pressentie, lorsqu'on remarque le grand nombre des hystériques du côté féminin (en dehors du bureau d'admission dans les hôpitaux de Paris).

On la pressent davantage, lorsque M. Grasset signale la puberté comme époque d'apparition, la période nubile comme époque commune et la ménopause comme époque de réveil d'une névrose, qui est rare chez les petites filles, exceptionnelle chez les vieilles femmes. On est conduit à comprendre toute cette importance de la pathologie utéro-ovarienne des hystériques, lorsqu'on remarque le renouvellement et l'exacerbation des attaques à chaque période menstruelle, du moins lorsqu'un incident quelconque en vient troubler le fonctionnement régulier.

Au chapitre précédent, on a vu quelle importance les auteurs même de notre siècle, attribuent au processus inflammatoire de l'utérus, des ovaires et surtout des trompes, pour interpréter maintes particularités de l'évolution de l'hystérie.

Il sera précieux de connaître plus tard tous les caractères de la pathologie de l'utérus, des trompes et des ovaires chez les hystériques ; il ne paraît pas qu'on ait souvent envisagé l'intérêt que peut présenter ce côté de la question ; il semble que

la réaction, opposée à la théorie hippocratique des anciens, ait dévié sur ce point et que les observateurs n'osent plus signaler l'existence même de l'hystérie, dans leurs récits gynécologiques : ils paraissent craindre de sortir de la question, comme s'il s'agissait de quelques futilités sans portée.

L'évidence des faits est cependant venue s'imposer à l'attention dans plusieurs circonstances ; c'est ainsi qu'on signale l'évolution du cancer utérin chez quelques hystériques.

On a également remarqué la coïncidence de la névrose et des déviations utérines.

Depuis qu'on sait les états douloureux provoqués par les déchirures du col utérin, on a relevé un certain nombre de cas d'hystérie, qu'un traitement gynécologique pouvait guérir.

Il n'est pas jusqu'aux difformités des organes génitaux, dont on ait signalé la coïncidence avec l'hystérie.

Enfin, comme pour justifier ce qui fait le tout physique de la femme, on a même remarqué l'hystérie au cours de quelques maladies de mamelles.

Un aperçu rapide suffira pour relever les documents scientifiques relatifs à ces divers points de la question.

H. Girard (*Considérations sur les affections nerveuses dites hystériques*), a, dès longtemps, signalé (p. 45) le CANCER comme trouvaille d'autopsie chez une hystérique. Un squirrhe de l'utérus et un kyste de l'ovaire droit auraient été rencontrés chez une femme dont l'hystérie aurait débuté à l'âge de dix-sept ans, époque de la première menstruation, aurait persisté pendant une période de dysménorrhée et disparu à l'établissement régulier des règles, pour revenir au début de cinq grossesses successives. Landouzy en fait l'observation 338 de son répertoire. Il donne une interprétation singulièrement judicieuse des phases successives, que traverse l'hystérie, pendant l'évolution du cancer utérin. Il signale (observation personnelle 321) des accès hystériques

consécutifs à un cancer encéphaloïde de l'utérus et précédés, pendant plusieurs mois, d'une constriction permanente à la gorge, chez une femme de trente-cinq ans ; ce qui est plus important, c'est la diminution graduelle et la disparition des accès, au fur et à mesure des progrès de l'altération utérine ; ils cessèrent complètement six mois environ avant la mort, c'est-à-dire alors que le mal avait creusé dans l'utérus un infundibulum, qui avait fait disparaître la totalité du col.

Landouzy fait une remarque, jugée par lui-même « des plus importantes » à faire, c'est que quand l'altération organique de l'utérus est arrivée à un certain degré d'accroissement, il y a diminution et même disparition complète des accès. L'organe est trop malade alors pour manifester la sensibilité fonctionnelle qui lui est propre ; et il semble en être, dans ce cas, de la matrice comme de l'estomac. Au début de certaines lésions de l'estomac, l'appétit augmente de fréquence et d'intensité ; plus tard, il se pervertit sans disparaître ; puis il diminue et finit par s'anéantir entièrement à mesure que la lésion s'aggrave. On pourrait presque appliquer, dans cette circonstance, aux affections de l'utérus et de l'estomac, ce que Sénèque appliquait aux affections morales : *Curæ leves loquuntur, ingentes stupent !*

« Ce n'est pas l'avis de Bernutz, qui croit pouvoir affirmer que les affections organiques de l'utérus et de l'ovaire ne sont causes, ni prédisposantes ni déterminantes de l'hystérie. Des 409 observations de cancer de l'utérus, que M^{me} Boivin a rapportées, et des 48 faits qu'elle a donnés comme *spécimen*, on ne trouve qu'un seul cas, où l'hystérie s'est manifestée secondairement au cancer, et cela sous l'influence de douleurs excessivement cruelles auxquelles la malade était en proie.

« La rareté de la coïncidence de l'hystérie et des affections organiques, ajoute Bernutz, s'explique très facilement par l'âge différent auquel se développent de préférence les deux maladies : l'hystérie se développe le plus souvent avant trente

ans, tandis que c'est l'inverse pour le *cancer* de l'utérus, puisque, sur 684 cas collationnés par Leroy d'Étiolles, le cancer s'est manifesté 616 fois après trente ans. Ce que nous venons de dire pour les productions organiques des organes génitaux, en prenant ce mot dans son acception la plus générale, s'applique à la tuberculisation de ces organes, quoique celle-ci soit, ainsi que l'hystérie, bien plus commune avant trente ans qu'après cet âge..... »

Piorry a signalé des accès hystériques consécutifs à un cancer utérin chez une femme de 50 ans, à l'autopsie il a trouvé « une partie de l'utérus désorganisé » (*Clinique médicale*, mémoire sur les névroses, p. 312).

Si le cancer utérin a été peu signalé dans ses rapports avec l'hystérie, il en est presque de même de l'ÉTRANGLEMENT DANS UN PESSAIRE.

Landouzy paraît être à peu près le seul à signaler (obs. 320) des accès d'hystérie provoqués par une hernie du col de l'utérus à travers un pessaire et ayant complètement disparu dès la disparition de la cause (p. 399).

Le même auteur signale d'ailleurs avec probité, l'étiologie et le traitement contraires.

Il relève en 1825 une observation de Bobilier (*Journal universel des Sciences médicales*), — puis en 1830, un cas d'hystérie coïncidant avec un PROLAPSUS UTÉRIN et guérie par l'application d'un pessaire, (*Gazette médicale de Paris*, p. 334) — et la même année un autre cas presque identique observé par Suffert chez une femme de 48 ans (*Journal der practischen heilkunde*, p. 125); — lui-même signale une hystérie sans convulsion chez une femme de trente et un ans, atteinte d'abaissement notable de l'utérus à la suite de plusieurs fausses couches (p. 387), — et deux autres observations d'hystérie consécutives à une descente de matrice compliquée ou non de gonflement et guérie depuis l'application d'un pessaire.

On pourrait en dire à peu près autant à propos de l'HÉMATOCÈLE et de la PELVI-PÉRITONITE.

Bernutz a signalé ces deux circonstances.

Plus fréquemment ont été signalées les ATRÉSIES DU COL UTÉRIN avec ou sans rétention des règles.— Barré en a décrit un cas, où les accès d'hystérie correspondaient aux époques menstruelles et qui s'est terminé par la guérison. (*Clinique médicale de Piorry*, p. 314).— Dance a décrit un fait presque identique, également terminé par la guérison. (Tardieu, *thèse d'agrégation*, Paris 1844, p. 53). — Seurre de Suippes a communiqué une observation semblable à l'Académie royale de Belgique : il s'agissait d'une fille de dix-sept ans dont les symptômes hystériques se renouvelaient chaque mois et coïncidaient avec la rétention des règles par occlusion du col utérin. — Bien avant eux, Bauhin a signalé la même coïncidence contrôlée par lui à l'autopsie (*Théatrum anatomicum*, lib. 1, cap. 39), il est probable que beaucoup de modernes ont des faits du même genre.

Seurre (de Suippes) a présenté à l'Académie royale de Médecine de Belgique une observation d'hystérie qui paraît être presque seule en son genre. La névrose avait été d'abord attribuée à la présence d'un entozoaire, mais on la vit persister après l'expulsion complète du tœnia. A l'autopsie on trouva une TUMEUR FIBREUSE DE L'UTÉRUS en même temps que plusieurs autres lésions étrangères au système nerveux.

Morgagni, dans son livre III *De morbis ventris*, a signalé bien des altérations de l'utérus chez des hystériques, mais ses descriptions sont d'une trop grande obscurité pour faire foi; tantôt il signale un *sordidum ulcus* au col de l'utérus, tantôt une éruption à la surface interne de l'organe, d'autres fois des kystes dans ses parois musculaires; ce sont des descriptions trop vagues et trop peu précises pour être ici retenues.

La DÉVIATION UTÉRINE est beaucoup plus connue pour devenir *pars mandans* de l'hystérie, soit par elle-même, soit plutôt par la métrite et la périmétrite, dont elle est la véritable cause.

Dans un excellent mémoire publié à Paris en 1872 (1), Tripier étudie les lésions de forme et de situation de l'utérus et leurs rapports avec les affections nerveuses de la femme.

Il établit les relations qui existent entre les lésions utérines et certains troubles nerveux d'origine réflexe, qui, d'après lui, ne sont que des symptômes et ne constituent pas à proprement parler une affection qui puisse être désignée du nom d'hystérie.

Ce sont les algies diverses, les hypercrinies sécrétoires, les ataxies, les hyperesthésies, les paralysies du mouvement. Or, toute manifestation pathologique reconnaissant toujours au moins deux causes, l'une organique, l'autre fonctionnelle, l'affection de l'utérus n'intervient que comme sollicitation mettant en évidence, par mécanisme réflexe, les vices physiologiques des diverses parties faibles.

Cette influence, quoiqu'elle ne soit pas la seule et qu'on puisse signaler encore l'anémie et la chlorose, a été mise hors de doute par un traitement dirigé spécialement contre l'utérus.

En présence d'un cas d'hystéropathie, on a donc, d'après Tripier, à remplir des indications de divers ordres — contre la lésion utérine — contre les troubles généraux de la circulation — contre les affections des centres nerveux coïncidentes ou consécutives.

S'en prendre aux accidents nerveux, c'est faire la médecine du symptôme, dans une foule de cas où l'on peut s'en prendre à la cause principale. — Agir sur les phénomènes de la circulation est plus efficace, et l'hydrothérapie et le régime seul

(1) *Lésions de forme et de situation de l'utérus. — Leurs rapports avec les affections nerveuses de la femme*, 2^e édition, 1872.

comptent des succès. — Mais il vaut mieux agir sur l'utérus ; le traitement opposé à ses engorgements, à ses déviations, a pour effet de régulariser la circulation locale ; — et la menstruation, et les hyperémies passagères, provoquées dans l'utérus, guérissent la chlorose plus rapidement que les préparations martiales.

G. Norström n'a pas manqué, dans son ouvrage de 1889, de signaler les résultats obtenus par le massage de l'utérus, non seulement sur les métrites parenchymateuses et les déviations utérines, mais encore sur les troubles hystériques et sur les autres phénomènes réflexes. Il rapporte (*Le massage de l'utérus*, Paris 1889, obs. XI, p. 75) l'histoire d'une porteuse de pain qui a un état général très mauvais, des métrorrhagies continuelles, un écoulement vaginal purulent sanguinolent, des tiraillements dans les aines, une pesanteur pelvirectale et des douleurs violentes à la région coccygienne. Cette malade a en même temps des palpitations fréquentes, une névralgie intercostale du côté gauche, et surtout des migraines pénibles ; elle est en outre sujette à de fréquentes attaques de nerfs : le massage utérin diminue d'abord les migraines, puis les douleurs inguinales et coccygiennes, puis l'écoulement leucorrhéique et finit par guérir complètement la malade.

Une blanchisseuse, âgée de 27 ans, lymphatique et chloro-anémique, subit un traitement gynécologique qui l'améliore temporairement au point de vue des douleurs lombaires, de la dysurie et de la leucorrhée, mais non au point de vue des réflexes gastriques. Depuis son récent mariage, la malade signale en outre des accidents nouveaux, qui surviennent à la moindre contrariété : il semble qu'on lui serre l'estomac dans un étau ; elle pousse des cris ; elle se comprime l'épigastre avec les mains ou le presse violemment sur le premier objet résistant qui se trouve à sa portée : ce procédé la soulage toujours ; l'attaque dure 8 à 10 minutes. Soumise par M. Norström au traitement de la métrite parenchymateuse et de la

déviation par le massage, elle est améliorée au bout de deux mois et demi ; les crises sont moins fréquentes et moins pénibles ; puis elles disparaissent. (Obs. XXXI, p. 122).

Une marchande de vins, âgée de 27 ans, éprouve de la dysménorrhée après un avortement ; les douleurs inguinales sont violentes, surtout à gauche. la leucorrhée persistante ; pendant la période des règles, il s'y ajoute une pesanteur hypogastrique, qui empêche la malade de marcher et même de se tenir debout ; une grossesse intervient, se poursuit jusqu'à terme et loin d'améliorer la situation, elle ne fait que l'empirer ; il s'ajoute à l'épigastre une douleur « si vive, dit-elle, qu'il semble qu'on lui arrache l'estomac » ; elle est obligée, pour calmer cette douleur, de se jeter par terre et de se comprimer énergiquement l'épigastre avec les deux mains ; pendant les dix ou quinze minutes que dure la crise, elle pousse des cris déchirants ; depuis quelques mois les attaques sont fréquentes et comptent par trois et quatre chaque jour, sans compter celles de la nuit. Soumise au traitement par le massage, elle voit, dès les premières semaines, les crises devenir moins violentes et moins longues ; au bout de sept semaines, les attaques cessèrent entièrement : la guérison s'est maintenue. (Obs. XXXII, p. 123).

Dans l'observation XXXIII, les règles étaient accompagnées d'attaques hystéroides. Dans l'observation XXXIV, il y avait, outre de la dyspareunie, une parésie de la jambe gauche, des névralgies, des attaques hystéroides.

La meilleure notion qu'on puisse avoir sur l'origine de ces attaques, a été fournie par le traitement : la plupart d'entre elles ont disparu. Tout n'est pas fini cependant, lorsque l'état de l'utérus est satisfaisant, il existe une solidarité absolue entre les différentes parties de l'organisme. — La douleur, le nervosisme, le mauvais état de la nutrition, retentissent sur l'affection utérine et la rendent plus rebelle et plus grave. — A son tour, celle-ci provoque et entretient les phénomènes

généraux; c'est encore un cercle vicieux. Il faut donc traiter l'utérus par un moyen actif et sûr. — Si on réussit à le guérir, tout disparaîtra. M. Norström a vu souvent des femmes plusieurs mois après le traitement: elles étaient à peine reconnaissables; les accidents nerveux avaient disparu comme le reste.

Dans les XXXI observations publiées en 1892, par le même auteur, presque toujours sont signalés des troubles nerveux plus ou moins graves, des attaques hystériformes; ces symptômes sont toujours améliorés par le traitement et souvent guéris, il s'agit d'affections du voisinage de l'utérus ou de ses annexes, (c'est le sujet de la brochure,) et surtout de déviations utérines.

Le massage de l'utérus et de ses annexes n'est cependant pas toujours exempt de dangers. — Le 2 janvier 1895, M. S. Pozzi a présenté, à la *Société de chirurgie*, une pièce anatomique, qui démontre les effets nuisibles du massage dans un cas de suppuration d'une trompe et d'un foyer voisin d'une salpingite. On avait fait le diagnostic « hématocele » chez une malade atteinte de métrite et de salpingo-ovarite double, compliquée de pelvi-péritonite. Le massage avait été confié à une personne expérimentée; les séances avaient été mal supportées; il n'y avait eu aucune amélioration, lorsque fut faite une laparotomie. M. S. Pozzi reconnaît l'aspect extérieur caractéristique du pyo-salpinx de chaque côté; il enlève les deux trompes et trouve du sang dans celle du côté gauche, et du pus légèrement rosé dans celle du côté droit. Il pensa alors à imputer l'épanchement sanguin à des séances de massage, et apprit, ensuite seulement, que la malade avait réellement subi les manœuvres dont il s'agit. Sous l'influence des pressions, il y a eu, d'après M. Pozzi, rupture de vaisseaux et hémorrhagie intratubaire; les mêmes pressions ont pu, peut-être, chasser du pus hors de la trompe et ainsi s'expliquerait ce petit foyer purulent, périsalpingien, situé entre la

paroi du bassin et l'extrémité externe de la trompe. « Le massage est, dit M. Pozzi, un moyen thérapeutique dangereux, qu'on ne doit employer qu'avec circonspection et qu'il faut réserver aux cas chroniques non suppurés. » — La discussion, soulevée immédiatement, a fait connaître d'autres accidents imputables au massage intempestif de l'utérus et des annexes. — M. Bouilly a observé une femme atteinte de tumeur néoplasique du cul-de-sac postérieur ; soumise au massage, elle suppure et meurt. — Une autre, atteinte de rétroversion simple, voit survenir des accidents inflammatoires. — Une troisième, atteinte de lésions ovariennes encore bénignes, en est réduite à garder le lit après un massage malencontreux. — M. Lucas-Championnière a fréquemment observé les effets funestes du massage ; il a même dû pratiquer une laparatomie à une malade — et une hystérectomie à une autre, qui eussent évité ces opérations si elles n'avaient pas été massées. — Et M. L. G. Richelot paraît avoir exprimé une opinion courante à la *Société de Chirurgie*, en disant : « Nous avons tous observé des faits du même ordre. » — Cependant, M. Routier apporte une atténuation, en répondant que, depuis huit mois, il a recours au massage ; mais il ne confie au masseur que des malades exemptes de lésions inflammatoires. — M. Monod va plus loin ; et il assure que le massage donne d'excellents résultats, quand les lésions ne sont pas suppurées. — Le dernier mot de la discussion est une protestation contre les abus du massage, qui est trop souvent pratiqué sans rime, ni raison, et par le premier venu. — Il faut retenir, au contraire, que le massage est une méthode thérapeutique délicate et difficile ; qu'il n'est pas exempt de dangers et qu'il impose de grandes précautions.

Le massage paraît d'ailleurs n'avoir guère rendu service, qu'aux hystériques atteintes de rétroflexion utérine.

Certains auteurs signalent peu les troubles hystériformes des déviations utérines et de leurs complications inflamma-

toires. D'autres signalent à peine et en particulier M. P. Delbet, les manifestations hystériques dans ces circonstances ; ce silence donne à penser que l'attention n'a pas été suffisamment attirée sur ces symptômes réflexes.

Cependant, à la même époque, quelques chirurgiens ont si bien apprécié l'importance des troubles qui résultent des déviations utérines, qu'ils ont proposé une opération nouvelle pour obvier à l'une de ces déviations : la rétroflexion.

M. Marcel Baudouin, dans son traité de l'hystéropexie abdominale antérieure (1), signale plusieurs faits qui méritent d'être retenus parmi les cent cinquante sept hystéropexies complémentaires et les soixante-dix-huit opérations primitives. — Schroeder (Obs. III) a fait l'hystéropexie chez une nullipare de 27 ans, le 29 mai 1878. La malade qui avait des mouvements choréiques dans les quatre membres, a été guérie dès le lendemain ; et la guérison se maintenait encore cinq mois plus tard. — Dans l'observation XXXVII, Von Winivarter a bien fait le 24 novembre 1886 une hystéropexie chez une femme de 34 ans, qui avait de la dysménorrhée et des métrorrhagies en même temps que des phénomènes hystériques ; mais son hystéropexie n'a été qu'une opération complémentaire après une salpingo-oophorectomie double : on peut se demander si la guérison complète est attribuable à l'opération primitive ou à la complémentaire. — Il en est de même d'une malade de Sœnger, qui fut opérée le 12 février 1887, à l'âge de 28 ans, et présentée cinq mois plus tard à la Société gynécologique et obstétricale (Obs. XLI). — Les mêmes réserves doivent être observées au sujet d'une opérée de M le prof. Terrier (Obs. LXXXIX) : il s'agissait d'une malade de 22 ans, atteinte de salpingite et d'ovarite des deux côtés, de vagi-

(1) Marcel Baudouin. *Hystéropexie abdominale antérieure et opérations suspubiennes dans les retrodéviations de l'utérus*. Paris, 1890.

nisme et de dysménorrhée: en même temps que d'une hystérie assez accusée. La salpingo-oophorectomie double fut suivie d'hystéropexie et la guérison fut presque absolue. — M. Quenu fut moins heureux auprès d'une femme de 40 ans, névropathe, tarée d'antécédents nerveux héréditaires et qui souffrait des reins et du ventre depuis deux ans (Observation LXXXXVII) ; il y avait en même temps de la cystite et de la paralysie de la vessie et un état général médiocre. En même temps qu'une rétroversion complète de l'utérus, on trouva les ovaires gros ; on fit toutefois la castration avant l'hystéropexie complémentaire. Les troubles vésicaux disparurent; mais il survint une embolie pulmonaire et des douleurs névralgiques sciatiques pendant cinq semaines. Après un an, l'état général était devenu satisfaisant; mais les symptômes d'hystérie persistaient avec des caractères, que M. Quenu tenait pour toxiques. — Une opération moins grave fut faite par Cuzzi (Obs. CXLV). La malade avait depuis deux ans de la dysménorrhée et des douleurs abdominales, en même temps que des troubles nerveux hystériformes survenant par accès convulsifs ; il ne fut trouvé d'ovarite et de prolapsus ovarien que du côté gauche, la salpingo-oophorectomie fut limitée à ce seul côté ainsi que l'hystéropexie complémentaire : la guérison fut très rapide. — Une opération de Scenger (Obs. VI) est plus démonstrative, puisqu'il n'a été fait qu'une hystéropexie sans aucune suppression d'organe. Une jeune fille de 26 ans était atteinte de dysménorrhée et de métrorrhagie avec douleurs pelviennes persistant pendant la période intercalaire. Des troubles psychopathiques avec mélancolie, perversion du sens génésique et tentative de suicide étaient attribués à l'hystérie ; l'opération fut faite le 4 octobre 1886. Après l'hystéropexie on vit disparaître peu à peu tous les accidents, le pessaire lui-même put être supprimé; et, après trois mois les troubles nerveux étaient à ce point atténués, qu'on ne la trouvait plus qu'un peu ébranlée. — Chez une autre malade

assez comparable, le résultat obtenu fit l'admiration du chirurgien lui-même (Obs. LXI). Une fille de 34 ans avait des métrorrhagies, d'importantes douleurs dans le ventre, avec rétroflexion à angle aigu. Tombée dans un état d'anémie extrême, elle souffrait d'ailleurs d'une neurasthénie, qui lui donnait l'aspect d'une folle. M. Cohn lui pratique l'hystéropexie le 11 juin 1889: immédiatement elle fut améliorée; quatre mois plus tard le résultat était qualifié vraiment merveilleux.

Ces faits démontrent que les chirurgiens, même les plus modernes, attribuent une part d'influence aux déviations utérines dans la genèse des accidents hystériformes plus ou moins explicitement décrits; ils ne dédaignent pas d'exprimer leurs heureuses surprises, lorsqu'ils délivrent leurs opérées des accident réflexes névropathiques, en même temps que des douleurs ou des hémorrhagies directement imputables aux troubles utérins.

Cette opinion pouvait être pressentie dès le Congrès médical de Londres (1881). M. Graily Hewitt y a fait une importante communication, qu'il suffit de résumer ici: « la cause excitante des attaques d'hystérie et d'hystéro-épilepsie est une torsion de l'utérus, soit par une antéflexion, soit par rétroflexion. Ces attaques sont le résultat d'une irritation réflexe produite par la compression et la tension des tissus utérins, le corps de la matrice étant courbé d'une façon exagérée sur le col. M. Graily Hewitt, fonde sa manière de voir sur l'étude de quatorze cas, dans lesquels il a constaté la coïncidence de l'hystérie et d'une déviation utérine. Le redressement de l'organe aurait amené la cessation complète des attaques. »

Legrand du Saulle exprime l'étonnement de ses contemporains, lorsqu'il lui répugne d'admettre l'influence des déviations utérines si souvent observées par les anglo-américains chez les hystériques. « Sans vouloir mettre en doute la réalité des faits produits par G. Hewitt, nous ne pouvons nous

empêcher de penser, dit-il, qu'il s'est laissé aller à une tentative de généralisation hâtive; et, si son opinion se confirmait, il faudrait singulièrement réduire le rôle des conditions prédisposantes multiples, que nous connaissons, et dont l'importance paraît cependant bien établie. »

Il semble toutefois que M. Auvar d serait bien plus près de la vérité s'il ajoutait l'hystérie à son énumération (297) des troubles réflexes attribuables à la rétroflexion utérine; ce sont des névralgies lombo-abdominales, intercostales ou sciatiques, un affaiblissement musculaire des membres inférieurs, une toux quinteuse, de l'aphonie, une dyspepsie ou des vomissements, des accès d'asthme; et, comme s'il fallait s'en excuser, il ajoute: « L'origine utérine de ces divers troubles serait difficile à affirmer, si l'on n'avait constaté leur disparition coïncidant exactement avec le redressement de l'utérus. »

L'influence de la DÉCHIRURE DU COL DE L'UTÉRUS sur des accidents hystériques ne saurait être actuellement jugée; la trachélorrhaphie et ses indications sont de date encore trop récente. C'est donc pour signaler les faits sans commentaires, que nous résumons quelques pages d'Emmet.

M. D. Mann de Buffalo (*Archives of medicine*, juin 1879), rapporte un cas, où il a fermé une déchirure du col pour anurie hystérique. La guérison fut complète.

H. W. Longyear, de Détroit (Michigan) a publié un cas (*American Journal of obst.* janv. 1883), de salivation persistante due apparemment à la déchirure du col de l'utérus. Cette salivation, accompagnée de troubles nerveux et mentaux, dura plus d'une année et guérit en cinq jours après l'opération: la malade, revue cinq mois plus tard, était très bien portante.

R. Sutton, de Pittsburg, a publié (*Transactions of the American gynecological Society*, 1880) un cas remarquable de convulsions cataleptiques guéries par la trachélorrhaphie.

Emmet a enlevé, avec un résultat très satisfaisant, du tissu cicatriciel du col, dans trois cas où la plus légère pression faite avec l'extrémité d'une sonde augmentait une douleur sous-orbitale, qui existait dans deux cas depuis plusieurs années, sous forme de névralgie faciale.

L'obs. XLII d'Emmet est aussi intéressante. Il s'agit d'une malade qui souffrait de coliques après chaque repas; peu à peu elle « mourait de faim ». L'auteur lui trouve une légère déchirure du col, l'opère; et, dès le premier repas qui suit l'opération, la malade ne ressent aucune douleur; et depuis lors elle est fort bien portante (p. 483).

L'auteur ajoute qu'il pourrait citer d'autres observations absolument analogues. Nous n'ajouterons qu'un fait à ces récits d'Emmet. — M. J. Norström signale en 1892, l'histoire d'une malade qu'il réussit à améliorer par le massage; il s'agissait d'une dame de 33 ans, venue de New-York, qui, vers la fin de l'adolescence, avait souffert de leucorrhée et de douleurs lombo-inguino-abdominales rapportées à la chlorose; on lui avait fait espérer que tout cela disparaîtrait lorsqu'elle serait mariée. Au lieu de l'amélioration espérée, elle eut à supporter une aggravation manifeste des accidents pendant les premiers temps qui suivirent son mariage: deux grossesses successives et un avortement nécessitèrent une fois la délivrance artificielle et déterminèrent des suites de couches pénibles avec lochies fétides et fièvre importante pendant six semaines. Depuis la fin de cette fièvre puerpérale, elle n'a pas cessé de souffrir; et les divers traitements qui se sont succédé ne l'ont guère améliorée. En 1885, elle a des douleurs violentes hypogastriques, lombaires et rectales, de la dysménorrhée, des selles très douloureuses, parfois de la diarrhée; elle souffre d'ailleurs de migraines, de névralgies intercostales et d'accidents névropathiques généraux. M. G. Norström constate une déchirure profonde de la commissure gauche du col utérin et une ulcération du côté

droit de la lèvre postérieure. L'utérus est d'ailleurs en rétroflexion, mais la sensibilité locale et le nervosisme de la malade sont de telle importance, qu'on est obligé de pratiquer la chloroformisation pour faire un examen complet par la palpation abdominale. On reconnaît ainsi un déplacement des deux ovaires, dont le droit est tuméfié et tombé dans le cul-de-sac de Douglas, tandis que le gauche très sensible a un volume double. Après deux mois de massage, la malade est tellement améliorée que le traitement est interrompu ; elle demeure toujours nerveuse, mais elle est soulagée de toutes les autres manifestations ; un an plus tard, le nervosisme avait lui-même disparu — sans aucune opération de trachélorraphie, — ce qui prouve une fois de plus qu'il y a des améliorations possibles par la chirurgie non opératoire.

On a également signalé l'hystérie dans l'ATROPHIE CONGÉNITALE du corps et du col de l'utérus. D'après M. Pozzi (p. 577). « l'aménorrhée complète ou presque complète attire d'abord l'attention. Le molimen menstruel peut même faire défaut et la jeune fille n'avoir véritablement pas de sexe, au point de vue physiologique. Si les règles font leur apparition, elles s'accompagnent de dysménorrhée et de *phénomènes nerveux graves*. Une partie de ces malades sont des *héréditaires*, au point de vue du système nerveux, et appartiennent à la classe que les aliénistes appellent des dégénérés ; l'intelligence est débile ; — *il y a des accès d'hystérie* ou d'épilepsie. — Cela n'est pourtant pas général ; une autre catégorie de femmes à utérus pubescent est, au contraire, douée d'une constitution robuste sous tous les rapports. »

Le *London obstetrical Journal* de mai 1879 a d'ailleurs publié une observation que Lawson Tait a reproduite (p. 207) au sujet d'une importante atrophie utérine.

La malade avait eu la scarlatine pendant la première semaine de sa convalescence après son second accouchement. Elle

vint voir Lawson Tait en 1871, sept ans après cette maladie et il a continué à l'observer depuis lors. La première fois qu'il vit cette malade, son utérus était absolument *infantile*, et la portion vaginale du col était simplement représentée par une légère bosselure. Les règles avaient disparu ; et elles étaient remplacées par de graves accès épileptiformes, dont on trouvera les détails dans l'article original. Lawson Tait réussit à rétablir la menstruation et à obtenir une augmentation de volume de l'utérus par l'emploi des pessaires intra-utérins galvaniques ; dès la réapparition des règles l'épilepsie disparut. Mais lorsqu'on discontinuait l'usage du pessaire intra-utérin, la menstruation cessait de nouveau et peu à peu les accès se reproduisaient ; cette expérience fut renouvelée plusieurs fois, toujours avec le même résultat.

Nous n'avons rencontré aucune autre observation similaire.

Les mêmes accidents nerveux réflexes ont été rapprochés des MALFORMATIONS DES OVAIRES, pour autant qu'on peut les rapporter avec Lawson Tait à une infection préexistante ourlienne ou scarlatineuse (1).

(1) Quand les ovaires sont malformés, les autres organes sont presque toujours aussi incomplètement développés.

L. Tait a parlé du retentissement de certaines maladies infectieuses sur les organes sexuels, en particulier de la *scarlatine*. Il est convaincu qu'un grand nombre des cas de développement incomplet des organes sexuels féminins sont le reliquat de cette affection. La menstruation est retardée sans raison apparente, ou peut même faire absolument défaut ; au moment où l'écoulement menstruel devrait faire son apparition, il survient un certain nombre de symptômes vagues, parfois insignifiants, d'autres fois extrêmement sérieux. Si on examine la malade, on voit que l'utérus est *infantile* et en *antéflexion*. Si on a l'occasion de faire l'autopsie d'un de ces cas, on trouve les ovaires petits, peut-être un peu ridés, le mésovarium peu indiqué et les trompes extrêmement petites.

Il peut n'y avoir relativement que peu de douleurs dans les premiers mois, si toutefois l'épilepsie ne survient pas, *ce qui n'arrive que trop fréquemment*. — Lawson Tait en est tellement convaincu, qu'il se base sur cet argument pour conseiller parfois la castration.

Il suffit de signaler un cas d'hystérie coïncidant avec une tumeur de la cloison rectovaginale (Dance. Cf Tardieu, *Thèse d'agrégation*, 1884, p. 54).

On pourrait, de la même façon, passer en revue toutes les affections péri-utérines; les premières observations de Chairou se rapportent aux PHLEGMONS DU LIGAMENT LARGE, presque toujours du côté gauche.

Bernutz a signalé le fait de la coïncidence de l'hystérie avec la pelvipéritonite; mais Chairou n'est peut-être pas assez complet, lorsqu'il formule les deux lois suivantes: (p. 61) « l'hystérie est sous la dépendance absolue des affections, ou du moins de la compression des ovaires; — toutes les femmes ayant une affection des annexes de l'utérus se trouvent disposées à cette perversion nerveuse connue sous le nom d'hystérie. »

Il nous paraît plus juste d'adopter le principe général de Landouzy, (p. 216) « les accès hystériques se remarquent dans la grande majorité des affections utérines (et même péri-utérines ou annexielles) et, quand ces phénomènes ne sont pas habituels pendant la maladie, ils éclatent fréquemment pendant sa durée, tantôt sous une influence morale, tantôt sous une influence physique, tantôt après une saignée, tantôt après une cautérisation, tantôt enfin sans cause appréciable. » On remarquera que nous avons intercalé dans le texte de Landouzy la périmérite et les annexites, nous conformant ainsi, non pas à la rigueur du texte, mais bien à l'esprit du livre du judicieux clinicien de Reims.

Les observations les plus modernes nous conduisent à un rapprochement plus éloigné, comme, si dans le système génital de la femme, tout élément pouvait devenir à son tour *pars mandans* de la grande névrose, qui est tellement l'infirmité de son sexe, que des outranciers ont pu dire: dans toute femme il y a toujours un peu d'hystérie.

A ce titre, la mamelle a pu être mise en cause un certain nombre de fois depuis Willis (1670) ; cet observateur signale, en effet, dans son chapitre VI *de morbis convulsivis* (obs. I, page 487), une jeune fille de 16 ans, atteinte d'accès hystériques très violents, après une TUMEUR DU SEIN causée par un coup, ; il admet des rapports entre les convulsions hystériques et les douleurs du sein. La guérison a été complète après le mariage et la grossesse.

Une observation de Boyer a été très souvent citée, l'hystérie serait survenue après un coup, point de départ d'un engorgement excessivement douloureux du sein ; l'hystérie, la douleur auraient disparu, en même temps que l'engorgement, par l'amputation du sein.

Les deux observations précédentes sont trop sommairement relatées pour être à l'abri de toute arrière-pensée, surtout si on les compare à l'observation suivante, qu'il nous est impossible d'interpréter de la même façon que M. Després.

« Une fille de 21 ans entre à l'hôpital de la Charité de Paris, le 2 juillet 1884, salle Sainte-Rose, n° 4, pour un abcès situé à la partie interne du sein droit. Cette malade, forte fille, qui avait eu néanmoins dans sa jeunesse, des engorgements ganglionnaires du cou, (lesquels avaient suppuré et avaient laissé des traces), n'a fait dans sa jeunesse aucune maladie grave ; mais, il y a un an, elle avait eu un panaris du petit doigt de la main gauche, qui avait entraîné une suppuration prolongée. A cause de cela, M. Terrillon, remplaçant M. Gosselin à l'hôpital de la Charité, avait pratiqué la désarticulation du petit doigt. (Ce fait est important, comme on le verra plus loin). L'abcès de la mamelle chez cette jeune fille, qui était vierge, ne pouvait être rapporté à aucune des causes habituelles des abcès du sein ; il n'y avait jamais eu d'eczéma du mamelon, et d'ailleurs cet abcès siégeait loin du mamelon : la malade disait seulement qu'elle avait reçu un coup. L'abcès ouvert fut pansé, suivant l'habitude, avec des cataplasmes ;

mais il restait toujours une induration profonde, et la malade éprouvait de vives douleurs au niveau de sa tumeur. M. Després diagnostiqua un abcès consécutif à une contusion de la mamelle, et soupçonna une adénite partielle.

» Le 12 juillet, en examinant le foyer de l'abcès, M. Després retira du milieu du pus un fragment d'étoffe; et, en pressant sur la mamelle, il fit sortir deux petits corps durs, qui étaient deux fragments d'allumettes d'un centimètre de long.

» Le 17 juillet, la malade prit un érysipèle, qui resta limité aux deux seins, dura douze jours et s'arrêta au moment de l'apparition des règles. A cette époque, la malade se plaignit d'une douleur dans le côté gauche, dans la fosse iliaque, et elle eut de la rétention d'urine. M. Després mit cet accident sur le compte d'un état hystérique nouveau, survenu à l'occasion de l'abcès du sein ou réveillé par cet accident, et institua le traitement par les bains alcalins deux par semaine, et les pilules de Méglin, trois par jour. Malgré cela, une contracture du pied gauche apparut, avec équinisme et inclinaison en dedans; le pied était en varus équin. La contracture disparaissait en partie par la compression; et la malade disait éprouver de fortes douleurs dans tout le membre. L'abcès du sein ne se fermait toujours pas. M. Després fit une contre-ouverture et passa un drain. La malade demanda à sortir dans cet état le 2 septembre; elle venait toutes les semaines dans la salle, afin que l'on pût surveiller la suppuration de l'abcès.

» Un autre point, non moins intéressant, est relatif au début de l'hystérie au cours d'une maladie chirurgicale; toutefois, il est curieux de noter qu'un an auparavant, il y avait eu une affection chirurgicale grave, qui avait nécessité une opération, et que, cependant, elle n'avait pas été l'occasion du développement des accidents hystériques. La théorie ancienne est donc la seule qui soit ici vérifiée. On se rappelle que les médecins de l'école de Briquet et de Beau rapportaient un certain nombre d'accidents hystériques à des lésions des

organes génitaux, utérus, ovaire et vagin. Or, les seins ont des rapports fonctionnels intimes avec les organes génitaux; et ce qui a été dit de l'influence de l'utérus sur l'hystérie, peut être dit de l'influence de la mamelle. Le fait actuel en serait une nouvelle preuve: en effet, l'inflammation d'un doigt, une amputation, ne changent rien à la santé de la malade; et, moins d'un an après, un abcès de la mamelle provoque l'explosion d'une hystérie des mieux confirmées. » (*Gazette des hôpitaux*, 11 décembre 1884, p. 1137).

Il nous paraît évident que, dans le cas particulier, c'est l'échéance menstruelle qui a été *pars mandans* de l'attaque d'hystérie; nous laissons à d'autres le soin de discerner si l'exanthème érysypélateux a pu se localiser en quelque point de la muqueuse génitale à ce moment précis, où il disparaissait de la surface cutanée; cette réserve a d'autant plus d'importance, que le chirurgien de la Charité a cru devoir se baser sur l'observation, dont il s'agit, pour un nouveau travail, publié l'année suivante, où la guérison des accidents hystériques a coïncidé avec le retour des règles, en mars-avril, et aussi avec la guérison de la mammite passée à l'état chronique (*Gazette des hôpitaux*, 9 juin 1885, p. 521).

Il ne faut cependant pas préjuger la question: le sein hystérique et les tumeurs hystériques de la mamelle ont été encore signalés en 1893, par M. Gilles de la Tourette.

Les manifestations de l'hystérie sur la glande mammaire sont depuis longtemps connues. — Il en existe deux variétés principales: dans certains cas, on trouve dans le sein une tuméfaction diffuse, étendue; d'autres fois, il y a une tumeur localisée. — En général, il existe une hyperesthésie superficielle très marquée: le frôlement simple est déjà insupportable et douloureux, et ce signe est presque caractéristique. — Cette zone d'hyperesthésie peut devenir hystérogène; la pression détermine alors une grande attaque.

L'œdème, qui se forme au niveau de la tuméfaction, peut

déterminer des ulcérations; et, dans ces conditions, l'analogie des tumeurs avec les néoplasmes malins est si grande, que certaines malades ont été opérées.

Pour ce qui concerne le traitement, il n'y a pas à faire de compression : car ce moyen ne réussit pas ; seul, le traitement de l'hystérie amène la guérison.

Il existe d'ailleurs bien des *constatations anatomiques de lésions de l'utérus ou des annexes chez les hystériques*. Qu'il suffise de rappeler les faits les plus connus.

Bonet, dans le *Sepulchretum anatomicum*, signale une nécropsie de femme hystérique où il trouva un développement anormal de l'utérus, des ovaires et des trompes (*Ex Miscellaneis curiosis*, anno 1674, lib. III, sect. 35, p. 51). — Le même ouvrage signale l'autopsie d'une jeune fille, qui avait des accès hystériques et de vives douleurs à l'hypogastre : on y trouva également des altérations des ovaires, des trompes, et une déformation de l'utérus. — L'auteur fait ensuite plusieurs autres trouvailles semblables ; (lib. III, sect. 33, p. 48 et 49). — Piorry, dans son *Traité de diagnostic*, (tome II, p. 544) signale l'adhérence de l'épiploon aux ovaires et à l'utérus, chez une jeune fille, qui avait eu des accès hystériques à paroxysmes plus fréquents après les repas. — Helwicht (Ephém. N. C. cent. 3 et 4, obs. 142, indiqué par Morgagni, lib. III, épis. 45,) fait la même observation chez une hystérique morte pendant un accès de suffocation. — Louis a relaté une relation plus précise dans la *Gazette médicale de Paris*, 1846, p. 311 ; il s'agit d'une hystérie chez une fille de 27 ans, morte pendant des accès hystériques ; l'encéphale et tous les autres organes furent trouvés parfaitement sains, ainsi que l'utérus ; mais « les trompes rouges contenaient du pus à l'intérieur ; les ovaires étaient volumineux, d'une consistance lardacée, parsemés de plaques pseudo-membraneuses et notablement altérés dans leur

tissu.» — Loyer-Villermay a lui-même trouvé une tumeur ovarique chez une hystérique de 46 ans....; et Loyer-Villermay pense que la structure des organes a été modifiée par l'hystérie! Landouzy croit plutôt que l'hystérie a été modifiée par l'altération organique. — Vésale (*De corporis humani fabrica*, lib. V, c. 15) a trouvé une lésion des ovaires à l'autopsie d'une hystérique chlorotique de 14 ans. — Heurnius (*Historia* 16) a fait la même trouvaille chez une hystérique de 25 ans. — Piorry trouve les ovaires doublés de volume, noirâtres, parsemés de foyers hémorragiques à l'autopsie d'une femme, qui avait eu de violents accès d'hystérie, avec contractions épileptiformes. (*Gazette des Hôpitaux* 6 Juin 1846). — On trouve des lésions des ovaires signalées à l'autopsie des hystériques dans Diemberbroeck (*Anatomie*, lib. I, c. 23 et 24;) — dans Bauhin (*Anat.* lib. III, c. 35;) — dans Rivière (cent. I, obs. 60;) — et dans la dissertation de Rullier (Dubois d'Amiens, p. 323).

Chairou, dans ses études cliniques sur l'hystérie, publiées en 1870, relève dans son chapitre VI les autopsies qui confirment la théorie qu'il formule en ces termes : « toute femme ayant de la congestion à l'un ou aux deux ovaires, principalement du côté gauche, ou ayant une inflammation des ligaments larges, est prédisposée à l'hystérie. » A défaut d'autopsies qui lui soient propres, il renvoie aux ouvrages suivants : Boivin et Dugès (*Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, 1883, II, p. 490) — Brouardel (*De la tuberculisation des organes génitaux de la femme*, 1865, p. 81) — Oldham (*Guy's Hospital Reports*, 1849, p. 362) — Depaul (*Rapport à l'Académie de Médecine*, 1854, p. 57. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1853-1854, p. 685) — Bernutz et Goupil (*Clinique médicale des maladies des femmes*, 1862, t. II, p. 42-133-198-234) — Aran (*Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes*, Paris, 1858-1860, p. 667). « Ces observations sont absolument concluantes, ajoute E. Chairou ; dans toutes, l'affection ova-

rique a parfaitement coïncidé avec l'hystérie... Mais comment expliquer que Bernutz et Goupil, M. Brouardel et les autres, dans des ouvrages remplis d'observations très bien rédigées, n'aient publié que ces quelques faits ? La réponse en est des plus simples, répond E. Chairou, c'est que je n'ai pu citer que les observations dans lesquelles l'hystérie se trouvait indiquée d'une façon toute spéciale.... J'ai préféré ne pas utiliser des faits discutables » (p. 69-70-71).

E. Chairou est convaincu que bien d'autres observations rentreraient dans le cadre qu'il indique ; il en tire une preuve personnelle de son propre service à l'asile du Vésinet. « En 1869, Gallard a fait des leçons à l'hôpital de la Pitié sur l'ovarite ; deux de ses malades sont entrées à l'asile des convalescents du Vésinet ; or chez aucune d'elles on n'a soupçonné (*sic*) l'invasion de l'affection hystérique, qui cependant est des plus manifestes, et tellement évidente, que chacun des internes l'avait reconnue avant mon arrivée. Quoi d'étonnant alors, que toutes les observations antérieures de plusieurs années, ne mentionnent pas ces phénomènes ? » (Chairou, p. 72).

CHAPITRE VII.

TRAITEMENT GÉNÉRAL.

La cure des maladies est le but même de la médecine... la guérison des malades est la seule raison d'être du médecin ; il faut se le rappeler, — après une étude, où se sont heurtées tant de contradictions et où se rencontrent d'aussi profondes obscurités, d'aussi nombreuses inconnues.

En présence d'un cas d'hystérie, il est du devoir du médecin d'établir : 1° la prophylaxie ; 2° le traitement de l'état général héréditaire ou acquis ; 3° le traitement des accès ; 4° le traitement de la cause ou des diverses causes provocatrices de l'hystérie.

Il ne saurait entrer dans les limites que nous nous sommes tracées d'exposer avec détails le traitement de l'accès : on le trouve dans tous les traités classiques. — C'est avec intention que nous avons restreint nos recherches à un seul groupe de causes provocatrices : celles qui se rapportent au système utéro-salpingo-ovarien. — Nous ne déclinons pas l'affirmation si souvent dite en termes élevés, d'une sage et sévère prophylaxie, pour les sujets prédisposés à l'hystérie. On trouvera plus loin notre pensée sur ces graves questions. — Nous croyons devoir restreindre la sanction thérapeutique de nos études, en la limitant à l'exposé du traitement général : il est

toujours utile et parfois trop dédaigné, lorsque l'hystérie coïncide avec une des manifestations du syndrome utérin.

Nous entendons bien que tout le reste n'est, ni accessoire, ni surrogatoire ; nous voulons seulement renvoyer le lecteur aux traités spéciaux, qui exposent le traitement de l'attaque, et celui des causes provocatrices, autres que les causes utéro-ovariennes. Cependant deux points particuliers nous paraissent présenter une importance prépondérante, au point de vue spécial, qui fait l'objet de nos recherches.

Le chapitre VIII expose la grave question de la castration opposée à l'hystérie.

Le dernier présente les ressources du traitement non opératoire de la métro-ovaro-salpingite chez les hystériques ; le reste est suffisamment connu par les excellents traités de gynécologie chirurgicale.

Sans doute, notre chapitre du traitement général pourra sembler moins complet que d'autres ; cette question est d'ailleurs la moins controversée, la moins discutée dans les Congrès et Sociétés savantes, peut-être même l'une des moins avancées au milieu des nombreux progrès de la médecine et de la chirurgie de notre temps.

Nous voulons toutefois en indiquer l'importance.

Le traitement général de l'hystérie n'est jamais plus accessible, que par son côté constitutionnel, presque toujours héréditaire ; on a vu (p. 54-64) quelles sont l'importance et les variétés de formes, que présente l'hérédité des hystériques, similaire ou par transformation, directe ou indirecte. — C'est la prophylaxie, qui domine les conseils à donner aux dégénérés, aux descendants d'épileptiques, de vésaniques et d'hystériques et de bien d'autres névropathes, aussi bien après un certain nombre d'attaques d'hystérie, que pendant la période des prodromes ou des simples appréhensions. — L'éducation y a la plus grande part : une morale sévère, et

un sage équilibre des occupations de la vie, sont les éléments préservateurs, dont on trouvera plus loin l'exposé et la discussion ; jamais le médecin ne s'en peut désintéresser : c'est une fonction moralisatrice, toujours délicate, parfois pénible ; il est de son devoir, et même de son honneur, de n'en point désertier la sévère et salutaire mission.

M. Grasset a insisté sur l'état constitutionnel arthritique ; il nous paraît nécessaire d'y ajouter l'état constitutionnel lymphatique, sur lequel nous nous sommes expliqué (p. 63).

Les médecins, qui s'attachent plus spécialement aux causes prédisposantes d'ordre névropathique, nous permettront de compléter leur pensée, en faisant intervenir les éléments diathésiques, qui tiennent tant de place dans l'enseignement du professeur de Montpellier.

En effet, il est impossible de l'oublier : les névropathes peuvent conserver un état d'équilibre relatif, lorsque leur santé n'a subi aucune diminution, ni aucune atteinte ; viennent des privations, des excès, du surmenage et même des chagrins, et tout aussitôt l'équilibre est rompu, la névrose apparaît, comme si elle était réellement causée par l'une des perturbations survenues. Ce que font les incidents de la vie se trouve parfois réalisé par une manifestation d'un état constitutionnel, antérieurement demeuré latent. Il n'est pas rare que la manifestation d'un état constitutionnel défectueux soit elle-même révélée par l'une des causes qui viennent d'être énumérées. Le manque de soins hygiéniques devient parfois la pierre de touche d'une constitution arthritique jusque-là ignorée.

Le lymphatisme, (nous ne disons pas la tuberculose), devient important à l'âge de la puberté ou à l'époque de la ménopause. L'anémie se greffe, dans l'un ou l'autre cas, sur une convalescence de quelque cause qu'elle soit. La chlorose se surajoute chez les jeunes filles, en apportant son cachet particulier, aussi bien à l'arthritisme qu'au lymphatisme.

Dans toutes ces circonstances, le ralentissement de la nutrition a pour première conséquence de troubler l'équilibre du système nerveux, de prédisposer à tous les désordres névropathiques, de multiplier les attaques, de supprimer la résistance du sujet et d'exagérer l'importance de tous les agents provocateurs de névroses, spécialement de l'hystérie. C'est comme une exagération constitutionnelle de l'élément étiologique incontestable des dégénérés, des névropathes héréditaires directs, des héréditaires par transformation et même des héréditaires insoupçonnés.

Aussi est-il indispensable de tenir grand compte de cet état constitutionnel, qui peut n'être pas toujours tenu pour un générateur direct de l'hystérie, mais qui est, du moins, un élément incontestable et souvent nécessaire à l'évolution de la névrose.

Il faut faire le traitement de l'état constitutionnel.

Les moyens employés pour combattre la maladie fondamentale forment un groupe extrêmement important, M. Grasset a raison de le dire. — Dans un travail comme celui-ci la nomenclature en doit être courte cependant, « car, d'un côté, nous ne sommes pas toujours armés contre les états constitutionnels; et puis, ce que nous savons de cette partie de la thérapeutique se trouve partout, n'appartient pas en propre à l'hystérie, et, par suite, ne peut figurer que pour mémoire dans un article comme celui-ci.

» Contre la syphilis, on instituera le traitement mixte d'abord (5 centigrammes de protoiodure d'hydrargyre et 4 à 6 grammes d'iodure de sodium par jour) pendant un mois, puis le traitement alternatif mois par mois. (On peut agir plus rapidement par le puissant moyen des injections hypodermiques).

» Contre l'arthritisme, si fréquent derrière l'hystérie, on emploiera l'iodure de sodium (1 gr. par jour) alterné avec le

salicylate de lithine (1 gr. par jour), les bains sulfureux et les purgations répétées; — contre la scrofule et la tuberculose, l'arsenic (5 milligrammes à 1 centigramme d'arséniate de soude), les iodés (aux doses de l'arthritisme), ou les sels d'or (5 milligrammes par jour de chlorure d'or et de sodium); contre l'herpétisme, les arsenicaux et les sulfureux, etc.

» S'il y a de l'anémie ou de la chlorose, ce qui est fréquent encore, le fer (10 centigrammes de fer réduit à chaque repas) s'associera très bien au quinquina, à l'arsenic et à l'hydrothérapie. » (Grasset, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, T. XV, p. 352).

Malgré la brièveté de ce premier aperçu, le peu d'importance des résultats tout d'abord appréciables, malgré le découragement et parfois la résignation trop facile de la malade et de son entourage, il faut insister, non seulement sur le traitement constitutionnel, mais encore sur tout ce qui se rapporte aux divers soins à donner aux malheureuses hystériques.

Ace point de vue encore le judicieux professeur de Montpellier a rendu service en relevant une espèce de préjugé contemporain : « le public, écrit-il, croit volontiers qu'une maladie nerveuse est une maladie d'imagination pure, et n'est par suite justiciable d'aucun traitement rationnel. Sans aller aussi loin, beaucoup de médecins croient inutile de traiter sérieusement une maladie qu'ils regardent, avec Frank, comme plus désagréable que dangereuse. Et cependant, si on en considère, avec Landouzy, la longue durée, les souffrances vives qui l'accompagnent, les obstacles qu'elle apporte à l'exercice des fonctions vitales et même des devoirs de famille et de société, les modifications fâcheuses qu'elle produit dans la constitution, et l'extrême susceptibilité qu'elle laisse au physique et au moral, on regardera avec raison l'hystérie comme l'une des maladies les plus redoutables.

» Sans parler de la mort, que Mollière a étudiée dans un article intéressant, mais qui peut être, en somme, considé-

rée comme une rareté exceptionnelle, sans parler des lésions anatomiques, que nous avons dit pouvoir se développer, et qui apportent alors un élément d'incurabilité, mais qui constituent une complication peu fréquente, on peut dire que l'hystérie par elle-même, réduite à sa propre histoire de névrose, est une maladie tenace, très rebelle, fort difficile à guérir, fort pénible cependant pour le patient et son entourage, qui mérite par conséquent toute l'attention thérapeutique.

» Il ne faut pas confondre la fugacité et le peu de profondeur des manifestations, avec la ténacité et la durée de la névrose elle-même.

» Le médecin doit donc être aussi armé que possible pour prévenir et pour combattre cette cruelle maladie. »

Soins à donner pendant les attaques.

Les accès d'hystérie occasionnent une grande dépense de forces, déterminent une fatigue importante, et semblent avoir une tendance au renouvellement de cette même manifestation de la névrose; aussi est-il juste de se préoccuper de tout ce qui est de nature à diminuer la durée d'un accès établi, et surtout à éviter que des soins irrationnels en prolongent ou en exagèrent l'importance.

A la vérité, Legrand du Saulle l'observe : la crise d'hystérie commune est rarement assez prolongée pour qu'on ait à intervenir d'une façon active; cependant il est bon de ne jamais se désintéresser de l'état d'une hystérique pendant les attaques.

Pour Landouzy, « le premier soin à prendre est de placer la malade de manière à ce qu'elle ne puisse se blesser pendant les mouvements convulsifs, et de s'assurer que ses vêtements n'exercent aucune compression sur les différentes parties du corps. » Cette première recommandation, de placer et de contenir la malade de manière à l'empêcher de se blesser, ne doit point être considérée comme un conseil banal. A moins

d'être assuré que la fin des accès observés ressemble au début, il ne faudrait pas se laisser imposer par un calme apparent, car les mouvements spasmodiques deviennent souvent assez violents, pour triompher des efforts de plusieurs personnes et pour amener les contusions les plus graves.

On voit des malades, victimes de leurs convulsions, se faire attacher sur le lit au moment où l'accès va paraître ; mais sans recourir à un pareil moyen, si ce n'est dans les cas extrêmes, il est plus prudent, et plus commode en même temps, de coucher la malade à terre, sur un matelas éloigné des meubles et des murailles. Encore a-t-on quelquefois, malgré ces précautions, des peines infinies à l'empêcher de s'arracher les cheveux, de se déchirer le corps, de se frapper ou de se mordre avec gravité. Aussi est-on contraint d'appliquer la camisole de force, dans les hôpitaux, où la surveillance est plus difficile, et à la Salpêtrière surtout, où plusieurs malades sont atteintes simultanément. Il en est de même dans tous les établissements similaires.

Si les malades grincent des dents, il est bon, ou de les forcer à tenir la bouche ouverte, en comprimant fortement les muscles zygomato-maxillaires, ou bien de tenir les mâchoires appliquées par une compression bien entendue. (Georget.)

Landouzy ajoute très judicieusement « qu'il ne faut pas oublier, cependant, que cette contention augmentant, en général, l'irritation et la fatigue des malades, doit s'exercer dans de justes limites, et qu'on ne doit apporter d'entraves aux mouvements qu'autant que ceux-ci feraient craindre les accidents dont nous venons de parler. » C'est également l'avis de Bernutz : il faut éviter *autant que possible* de contenir la malade, parce que les entraves rendent en général les attaques plus violentes. — On s'étonne qu'Emmet ait écrit : « pour couper court à une attaque d'hystérie, il faut produire sur la malade une puissante impression morale de peur ou d'indignation, car tous les arguments qui s'adressent à sa raison restent sans effet » ; — il est impossible d'adopter semblable pratique.

Ce n'est pas qu'on puisse contester l'influence de la peur, — et surtout celui de la pudeur, — sur un accès imminent ;..... mais le mode d'action en est tout autre que celui dont parle Emmet. On lit, dans une simple note de Landouzy (p. 275,) que certaines malades ont le pouvoir de retarder leur accès, lorsqu'elles se trouvent dans la rue, dans quelque lieu public, et qu'elles sont fortement impressionnées par l'idée d'éviter le scandale. Le moyen n'a d'ailleurs qu'un résultat temporaire : l'accès est différé, non pas supprimé ; et Landouzy a raison lorsqu'il y insiste : le moyen est accessible lorsqu'il est dû à l'initiative de la malade ; il produit le résultat contraire lorsqu'il résulte de l'intervention d'autrui.

Landouzy proteste contre la tendance encore conservée par Emmet (1). Il blâme vivement ceux qui préconisent la

(1) H. Landouzy ne veut s'arrêter, ni aux fumigations dans l'utérus, (Carolus Piso, Ambroise Paré, etc.), ni aux onctions et autres manœuvres sur les parties génitales. Il s'étonne de voir Forestus, qui blâme avec raison le conseil donné par ses prédécesseurs d'arracher les poils du pubis, et qui rapporte ensuite, avec une incroyable naïveté, une pratique de perversion du sens génésique, à laquelle les anciens attribuaient injustement des succès instantanés, alors qu'ils étaient de simples dupes de sujets vicieux et pervers.

« Pour condamner de pareils moyens, ajoute H. Landouzy, il n'est pas besoin d'argumenter et d'avancer surtout, comme la plupart des auteurs, qu'il y a autant d'hystériques parmi les prostituées que parmi les filles sages..... Nous dirons seulement, termine Landouzy, qu'une fausse interprétation de la nature de l'hystérie, une idée plus fausse encore des devoirs du médecin, ont pu seules porter les anciens à de pareilles aberrations, qui se réfutent d'elles-mêmes. » (p. 285). C'est l'avis de Bernutz et surtout de tous nos contemporains.

Les hystériques n'ont que trop de tendances déséquilibrées. La plupart conservent leurs sentiments de délicatesse et de pudeur : il est du devoir du médecin de sauvegarder toujours ces sentiments si précieux ; et de ne pas permettre qu'on attribue à la médecine, quelque chose, qui serait comme une odieuse profanation d'une profession si salutaire et toujours si élevée au-dessus des passions.

« Les procédés de Forestus et bien d'autres sont réprouvés d'une manière absolue par la morale et les plus élémentaires convenances. » (Grasset.) Nous les tenons, nous aussi, pour de véritables indignités.

frayeur excitée à dessein, dans le but de réagir sur l'organisme par une violente émotion ; c'est un moyen, qui ne peut justifier le succès qu'il paraît avoir eu dans quelques cas seulement. (Lieuteaud 1752, Marteau, Delaporte 1818). « Outre la crainte d'aggraver l'intensité des accès, le danger de provoquer l'épilepsie est, dit Landouzy, trop imminent, pour qu'un médecin prudent consente jamais à donner un semblable conseil contre l'hystérie simple... Quant à certains cas d'hystéro-épilepsie... ce moyen devrait être condamné sévèrement toutes les fois qu'il y aurait quelque chance d'aggravation du mal » (p. 274); et ailleurs, le même auteur constate « que les moindres reproches, les moindres blâmes adressés directement ou indirectement aux malades, durant les paroxysmes, en augmentent toujours la violence. C'est là un fait d'observation générale ; aussi doit-on se garder de toute parole capable d'éveiller la susceptibilité des hystériques, toujours portée à un point incroyable pendant les crises » (p. 286). Les hystériques ont d'ailleurs droit aux égards du médecin aussi bien que les autres malades; la période critique qui est l'attaque, comporte des soins, dont il faut discerner les indications ; elle n'a besoin d'aucune brutale intervention.

Compression de la région salpingo-ovarienne.

Il est étrange de trouver cependant un si grand nombre de manœuvres violentes pour combattre l'accès d'hystérie.

La compression de l'ovaire, ou du moins de l'abdomen, est une de ces manœuvres énergiques ; elle est loin d'être une innovation.

Inspiré par une erreur antique, Arétée recommande de faire revenir en sa place l'utérus vagabond et de l'y maintenir en le comprimant avec vigueur ; pour cela, on repoussait jadis la matrice dans le petit bassin et on comprimait énergiquement ; « par une théorie absurde, écrit M. Grasset, on était ainsi

arrivé à un fait vrai et utile : la compression du ventre. C'est qu'en réalité, l'ordre des idées était l'inverse de ce que l'on dit généralement ; les anciens n'avaient pas édifié leur théorie *a priori* pour en déduire la pratique ; ils avaient d'abord bien observé les faits et avaient ensuite bâti leur théorie ; celle-ci a changé, mais ceux-là sont restés, la pratique a été poursuivie. »

Honardes, au XVI^e siècle, plaçait une grosse pierre sur le ventre de ses malades ; — Boerrhave vante également la compression du ventre.

Willis conseille la compression de l'abdomen, pour empêcher le spasme convulsif de monter au cou et à la tête ; Au XVIII^e siècle, la pratique populaire recommande ce moyen comme secours aux convulsionnaires ; tantôt on appuyait sur le ventre avec un pesant chenet ou un pilon ; tantôt on enserrait le ventre dans de longues bandes, que l'on tirait à droite et à gauche ; d'autres fois enfin, trois, quatre, et même cinq personnes montaient sur le corps du malade.

Une chose curieuse, ajoute M. Grasset, c'est que cet usage est resté dans le peuple, du moins dans une partie de notre population. On a pu voir, dans un faubourg de la ville de Montpellier, un alcoolique qui a des attaques épileptiformes : quand une crise le prend, sur la route ou ailleurs, sa femme et sa fille qui l'accompagnent toujours s'asseoient sur lui et invitent quelque passant à en faire autant.

A notre époque, on a repris l'étude scientifique de ce traitement. — Récamier faisait mettre sur le ventre un oreiller ou le coussin d'un canapé et y faisait asseoir quelqu'un dessus. — Briquet repousse cette pratique et la déclare inefficace et même dangereuse. — La question a encore été étudiée plus tard ;..... seulement on a substitué l'ovaire à l'utérus. Négrier recommande, en effet, la compression de la région ovarienne ; mais son livre a fait peu de bruit et peu de prosélytes.

Charcot a de nouveau attiré l'attention sur ces faits. Il a tout d'abord présenté des cas graves d'hystéro-épilepsie,

dans lesquels il y a douleur ovarienne nette, et *aura* partant de ce point.. Quand l'accès s'est produit, que la femme est par terre sur un matelas, le médecin met un genou en terre et plonge le poing fermé dans la fosse iliaque, qui est le siège de l'ovarie. Il faut faire appel à toute sa force, pour vaincre la rigidité des muscles abdominaux. Cette résistance une fois vaincue, quand on a pénétré dans le bassin, la sédation se manifeste ; quelques mouvements de déglutition se produisent, et les muscles reviennent en résolution. Il faut maintenir la compression pendant quelques minutes, et alors l'attaque est bien réellement terminée ; sinon, on pourrait recommencer..... Chez toutes les malades, l'effet n'est pas aussi complet..... Chez quelques-unes l'attaque est seulement modifiée, mais toujours en bien. Le fait est mis hors de doute ; et nous l'avons bien souvent mis en pratique ; mais on ne peut pas nier, d'autre part, la brutalité du moyen, qui offusque dans certains milieux, comme le dit Bernutz. « Ce ne peut être qu'un procédé réservé pour des attaques anormales, qui peuvent mettre la vie en danger, ou à la suite desquelles les malades peuvent tomber dans la léthargie ; — je crois, ajoute Bernutz, qu'une semblable crainte pourrait seule légitimer, aux yeux d'une mère, l'emploi de ce procédé chez sa fille. — A plus forte raison ne peut-il être question des procédés préconisés par Forestus et un assez grand nombre de médecins du moyen-âge ; je n'ai pas à les faire connaître autrement, parce que la morale les condamne absolument. » Nous flétrissons également ces procédés scandaleux condamnés, avec beaucoup de raison, par Bernutz.

D'après Charcot, « la meilleure condition, pour une démonstration parfaite des effets de la compression ovarienne, en pareil cas, est que la malade soit étendue horizontalement sur le sol, ou, si cela est possible, sur un matelas dans le décubitus dorsal. Le médecin alors, un genou en terre, plonge le poing fermé dans celle des fosses iliaques que l'observation antérieure lui aura démontrée être le siège habituel de la dou-

leur ovarienne. Tout d'abord, il lui faut faire appel à toute sa force, afin de vaincre la rigidité des muscles de l'abdomen. Mais, dès que, celle-ci une fois vaincue, la main perçoit la résistance offerte par le détroit supérieur du bassin, la scène change et la résolution des phénomènes convulsifs commence à se produire. Des mouvements de déglutition plus ou moins nombreux et parfois très bruyants, ne tardent guère à se manifester ; la conscience, presque aussitôt, se réveille ; et, à cet instant, tantôt la malade gémit et pleure, criant qu'on lui fait mal ; tantôt au contraire, elle accuse un soulagement, dont elle témoigne sa reconnaissance. Le résultat, quoiqu'il en soit, est en somme ; toujours le même et, pour peu que vous insistiez sur la compression pendant deux, trois ou quatre minutes, vous êtes à peu près assuré que tous les phénomènes de l'accès vont se dissiper comme par enchantement. Vous pourriez, d'ailleurs, varier l'expérience à votre gré, en suspendant un moment la compression, pour la reprendre, arrêter l'accès, ou le laisser se reproduire, en quelque sorte autant de fois que vous le voudriez. » — Legrand du Saulle fait remarquer que « l'inconvénient capital de la compression manuelle, c'est qu'elle ne peut être prolongée que peu de temps. Or, il est des malades qui restent plusieurs heures, et même plusieurs jours, en puissance d'attaques. Il était donc indispensable d'avoir recours à des compressions mécaniques, qui pussent suppléer la main, et qui auraient sur elle l'avantage d'exercer une compression méthodique et continue, pendant tout le temps que dure la période des crises.

C'est dans ce but qu'ont été imaginés différents appareils : le compresseur de M. Poirier, qui remplit bien les indications voulues, mais qui a le défaut d'être encombrant et d'exiger le séjour de la malade au lit. La ceinture compressive de M. G. Ballet est plus portative, moins gênante et partant d'un usage plus commode. M. Ch. Féré a également inventé un compresseur.

Bien que la compression ovarienne, même intense, paraisse dans l'immense majorité des cas n'être suivie d'aucun inconvénient pour la santé de la malade, il est bon d'être prévenu que quelques accidents ont été signalés.

Il y a deux ans, on a présenté à la Société anatomique de Paris les pièces d'une malade, chez laquelle une péritonite suraiguë mortelle s'était déclarée en pleine santé, et sans aucune autre cause appréciable, quelques heures après qu'on avait exercé sur elle une compression ovarienne énergique, pour mettre fin à une attaque.

Il sera bon d'être surtout réservé dans ce mode de traitement, — et peut-être même de s'en abstenir, — au moment de la période menstruelle.

M. Grasset est également d'avis « qu'en principe, l'attaque d'hystérie ordinaire ne mérite pas un si grand moyen. On pourra seulement l'essayer dans les attaques graves d'hystéro-épilepsie, qui, en se répétant, pourraient mettre en danger la vie de la malade. »

« Du reste, écrit M. Grasset, ce qu'on sait de la compression ovarienne peut être généralisé à toutes les zones hystérogènes, qui sont en même temps hystérofrénatrices. Nous avons publié, avec Brousse, dit-il encore, l'histoire d'une hystérique, dont nous arrêtions facilement les attaques, en serrant les poignets, ou les chevilles, ou en comprimant le dessous des seins ou l'angle des omoplates. » C'est d'autant plus curieux, que dans la même zone hystérogène, un simple frôlement ou une pression légère avait fait naître l'accès.

La vérité à retenir est donc la nécessité d'une compression énergique pour arrêter l'accès.

Cette notion est bien loin de la manière superstitieuse qu'on trouve dans les vieux auteurs. Landouzy rappelle, en effet, que « les anciens médecins conseillaient pour liens les lanières faites de *peau d'homme*, et Bonet tend à croire que, si ses malades ont échoué dans ce cas, c'est qu'elles se sont

servi de *peau de femme*. « *Mater mea*, dit Bonet, *illi affectui (spasmis) obnoxia, feliciter utebatur LIGULO EX CORIO HUMANO CONFECTA, quam secum perpetuo gerebat. Ad illius imitationem usus sum, sed eventus defuit... forte quia E CORIO MULIEBRI desumpta erat ligula !!!* » (Bonet, lib. v, De aff. mul., c. 25, p. 250).

Chez quelques malades, les attaques peuvent être arrêtées par la pression exercée sur les globes oculaires, ou au niveau du sourcil, à l'émergence des nerfs orbitaires.

Guéneau de Mussy a proposé un procédé analogue, la constriction du larynx : c'est une sorte de strangulation véritable qui arrêterait l'attaque. « Malheureusement, écrit Bernutz, il manque, jusqu'à présent, à cet expédient d'avoir été expérimenté par d'autres observateurs que mon honorable ami, ce qui seul m'empêche de le recommander, quoiqu'il m'ait réussi dans un cas. »

La pensée que l'hystérie siégeait dans l'encéphale, et les symptômes cérébraux qu'elle offre quelquefois, ont fait songer à la compression des carotides. — Berdot aurait, par ce moyen, diminué l'accès d'une fille de 22 ans, prise d'une attaque après la suppression de ses règles (Duvernoy, *Dissertation sur l'hystérie*, p. 57) ; mais Landouzy, qui le rappelle, objecte que ce moyen est habituellement aussi inefficace dans l'hystérie que dans l'éclampsie, l'épilepsie, etc.

Soins après l'attaque.

Après l'attaque, dit Bernutz, il faut faire garder aux malades le repos, dont elles ont si grand besoin ; les préserver, autant que possible, de toutes les excitations sensorielles, et, à plus forte raison, des émotions morales pénibles ; en même temps leur faire boire une infusion tiède de plantes légèrement aromatiques, telles que celles de fleurs d'oranger ou autres fleurs analogues ; enfin, leur administrer une potion antispasmodi-

que, contenant de l'éther et de l'opium, qui a l'avantage de calmer les souffrances épigastriques, parfois assez vives, auxquelles les malades sont en proie. Ces douleurs indiquent de plus une alimentation légère et bien choisie pour ce jour, et quelquefois pour les jours suivants.

Le lendemain, ou dans la semaine, on a parfois des indications tout autres à remplir, résultant : soit d'hypéresthésies très pénibles ; soit de paralysies des sens ou des muscles, accompagnées ou non d'anesthésie plus ou moins profonde ; soit enfin de contractures, que l'attaque a fait naître, mais qui peuvent aussi se manifester sous l'influence d'une émotion vive, sans attaque.

Ingestion forcée d'eau.

Un moyen qui paraît actuellement oublié, c'est l'ingestion forcée d'eau froide, préconisée par Cruveilhier (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1833) ; pour lui, c'est une ressource infaillible, même dans les accès violents. « Il saisit le moment où les mâchoires cessaient pour un instant d'entrer en contraction, plaça entre elles le manche d'une cuiller de bois et l'y fixa d'une main, tandis que, tenant de l'autre une bouteille d'eau froide, il en versa, comme on dit, à la régolade, le contenu dans la gorge de la malade.... Les premières gorgées semblèrent augmenter l'état de spasme et furent promptement rejetées ; mais bientôt la contraction céda à une nouvelle quantité de liquide subitement ingérée ; et, en quelques minutes, la malade put avaler et recouvra assez la connaissance pour demander où elle était. Au bout de quelques instants, les accidents reparurent ; et le même traitement fut employé de nouveau et continué avec persévérance : l'accès disparut alors comme par enchantement pour ne plus revenir. » — Ce moyen a été employé déjà un très grand nombre de fois, ajoute Cruveilhier, sans déterminer d'accidents dans les voies

aériennes. — Lorsque la femme, dit-il encore, jouissant d'un peu de repos, peut avaler un grand verre d'eau fraîche, on obtient à peu près les mêmes effets.

L'ingestion d'eau froide, dans les accès d'hystérie, avait d'ailleurs antérieurement réussi à Rivière, Graves, (en 1832), et à Hoffmann lui-même. « *Vidi quosdam solo aquæ potu a gravi paroxysmo (hysterico) liberatos qui aliis erat nocentissimus* » (*De malo hysterico*, p. 151); mais l'ingestion, malgré les efforts des malades, et surtout l'ingestion à haute dose, n'avait jamais été conseillée avant Cruveilhier.

En 1846, Landouzy écrit encore que « tous ceux qui l'ont employée en ayant obtenu de très bons résultats, on ne saurait trop appeler l'attention sur ce point... Les premiers mouvements de déglutition augmentent presque toujours la violence des accès; « mais depuis que, à l'exemple de Cruveilhier, j'ai insisté, dit Landouzy, sans me laisser effrayer par cette exagération apparente, j'ai vu plusieurs fois les spasmes diminuer ou cesser entièrement. » (p. 280)

Le cathétérisme de l'œsophage ne peut remplacer l'ingestion forcée d'eau froide, il est toujours difficile, rarement utile, souvent nuisible.

Tous ces moyens semblent uniformément abandonnés de nos jours, les auteurs contemporains n'en parlent même plus.

Le procédé de Cruveilhier est cependant plus rationnel, et surtout plus acceptable, que celui qu'on trouve dans Emmet (1887).

« Il est possible, dit-il, que les attaques hystériques soient causées directement par la même irritation qui provoque, la rapide accumulation des gaz intestinaux ; mais, plus souvent, les attaques sont dues à cette distension, car la violence des paroxysmes est toujours en rapport avec le degré du tympanisme, tandis que leur retour peut être prévenu en assurant une libre sortie aux gaz, qui disparaissent aussitôt que le colon a été complètement vidé... » — Le traitement habituel d'Emmet

consiste à injecter dans le rectum « la plus grande partie d'un bassin d'eau chaude, à laquelle on ajoute 30 grammes de teinture d'assa foetida. » « L'expérience nous apprend, dit-il, qu'une attaque commençante peut s'atténuer grandement, lorsqu'on parvient à dissiper le tympanisme, qui se produit souvent dans le gros intestin. Ce tympanisme est le résultat d'une irritation réflexe, qui, des organes génitaux, gagne l'intestin, les relations nerveuses entre ces deux organes étant des plus intimes. Entre deux paroxysmes, la malade sera généralement épuisée, couchée sur son lit, la tête au bout du lit, dans un état d'inconscience apparente. C'est le moment que je choisis pour préparer l'assa foetida, que j'agite avec l'eau chaude presque sous le nez de la malade. Si elle vient à changer de position pour fuir l'odeur, il faut la suivre avec le bassin, jusqu'à ce qu'on ait déterminé le vomissement, ou jusqu'à ce qu'elle ait fait entendre une plainte pour témoigner de l'horreur qu'elle éprouve. On peut alors mettre le bassin de côté, si elle fait effort pour revenir à elle-même ; mais, au moindre symptôme indiquant que l'attaque va survenir, il faut replacer le bassin sous le nez, jusqu'à ce que toute menace de crise ait disparu, dût-on lui faire respirer l'assa foetida pendant plusieurs heures. Il faut alors coucher la malade sur le côté gauche et lui administrer le lavement chaud..... » Il faut avouer que le procédé n'est pas de bon choix.

La façon d'agir d'Emmet peut faire sourire; elle est cependant un reste des usages de l'antiquité et même du siècle dernier : « *Experientia teste*, écrit Charles Lepois (1733), *adversus hystericam suffocationem præcipuè commendantur graveolentia foetidaque naribus admota bene autem et suaviter olentia admota potius mulierum naturalibus partibus* » (p. 157). Comment ne pas remarquer que le conseil, auquel Charles Lepois attache tant d'importance et qu'il appuie sur l'expérience acquise, a une interprétation toute trouvée,

lorsqu'on tient compte de la valeur antiseptique et de l'humidité des vapeurs : double condition pour désinfecter la région vulvaire chez les hystériques dont l'attaque avait pour point de départ une infection menstruelle ou utérine ? Charles Lepois attache une importance de clinicien aux pratiques, dont il présente une théorie, pour nous inacceptable, et l'autorité de son précepte contraste avec le scepticisme, dont il fait preuve sur la même page, au sujet de « *pulvis stercoris pavonis, pulvis perdicis, cranii humani* » qu'il qualifie également d'amulettes.

Médication par inhalation.

L'attaque d'hystérie survient rapidement et comporte une médication également rapide ; il était dès lors naturel de songer à tous ceux qu'il est possible d'administrer par inhalation.

L'inspiration des spiritueux et des liqueurs aromatiques, de l'éther, de l'eau de Cologne, du vinaigre, est un des premiers moyens auxquels on a recours, comme instinctivement, au début de l'accès. « J'en dirai autant, ajoute Landouzy, des gouttes d'Hoffmann, du laudanum, des aspersions d'eau froide, du vinaigre, de l'ammoniaque et des substances fétides ou d'une odeur très pénétrante. Ces moyens diminuent certainement la durée des accès faibles ; mais ils sont inefficaces contre les accès intenses, ou ils en accroissent la violence. »

Dans son livre de 1846, Landouzy signale l'inspiration de l'acide carbonique, d'après un travail, alors récent du D^r Nepple. (*Observation sur l'usage du gaz acide carbonique dans l'établissement des eaux minérales de Saint-Alban*). Mais on n'y trouve qu'une seule observation due au D^r Goin et ce n'est pas sans motif que Landouzy en fait la critique.

Il était à prévoir que l'éthérisation et la chloroformisation

seraient opposées aux attaques de la névrose. Mais l'accord est loin d'être établi.

Briquet recommande le chloroforme, mais il semble avoir tort, en tenant toutes les hystériques pour très sensibles à son action. Lorsqu'on place la compresse, ou un plumasseau de charpie, imbibés, sous le nez de la malade, la patiente fait d'abord quelques mouvements pour s'en débarrasser, puis l'agitation cesse, les muscles tombent dans le relâchement ; au bout de quelques minutes la malade s'endort et les convulsions se terminent. De l'aveu même de Briquet, les fortes convulsions ne sont que momentanément arrêtées ; et le moyen ne réussit bien, que contre les attaques de moyenne intensité.

Legrand du Saulle émet un avis de tout point contraire ; pour lui « les inhalations de chloroforme ou d'éther calment presque à coup sûr les attaques convulsives ; mais il faut, en général administrer aux malades une très grande quantité de ces substances, pour lesquelles elles ont souvent une remarquable tolérance. » C'est également notre avis ; mais les hystériques ne sont pas exemptes d'un mauvais état général, d'une surcharge graisseuse du cœur, d'une diminution d'étendue de la surface respiratoire et de bien d'autres conditions pathologiques, qui contre-indiquent la chloroformisation ; il en est, pour lesquelles la tolérance est au contraire très problématique : il leur faut, il est vrai, des doses élevées du médicament pour atteindre la période de résolution ; mais il est plus certain encore que cette dose élevée est, pour elles en particulier, terriblement proche de la dose mortelle,.... ce qui rend le maniement de l'anesthésique singulièrement délicat ; pour ces hystériques débiles, en effet, l'anesthésie et la résolution par le chloroforme les conduit vraiment jusqu'aux portes mêmes de la mort.

M. Grasset n'accepte pas le conseil de Briquet, qui préconise le chloroforme ; il lui oppose l'objection que Briquet lui-même fait à d'autres procédés : « Ce n'est pas la peine d'employer un

moyen qui en somme est dangereux, pour enrayer seulement des attaques sans danger ». Ce précepte est bon à répéter, lorsqu'on tient compte des « sollicitations des malades, qui prennent un goût très vif aux anesthésiques ». Legrand du Saulle y insiste (p. 580): quelque tendance qu'on puisse avoir à user des inhalations médicamenteuses contre les crises d'hystérie ainsi encouragées et mêmes sollicitées, « on ne doit pas perdre de vue que ces agents sont quelquefois dangereux; et on a eu, dans maints cas, à déplorer des syncopes et à redouter l'imminence de la mort. Aussi importera-t-il de n'y recourir qu'avec réserve; la compression mécanique et continue de l'ovaire donne, d'après lui, d'aussi bons résultats et n'expose pas aux mêmes périls. »

Le chloroforme n'est d'ailleurs pas le seul médicament qui ait été administré en inhalation pendant les attaques d'hystérie.

« On a encore essayé le *nitrite d'amyle*. Bourneville a arrêté par ces inhalations des attaques d'hystérie graves et d'hystéro-épilepsie. C'est un moyen dangereux et insuffisamment étudié jusqu'à présent. Plus récemment Bourneville et d'Olier ont essayé le *bromure d'éthyle*. Ce médicament, administré à plusieurs reprises à cinq hystériques mâles de Bicêtre, et à des malades de la Salpêtrière, a presque constamment amené la cessation des phénomènes convulsifs, et plusieurs fois, chez deux malades, le passage rapide du clownisme au délire » (Grasset). Le nitrite d'amyle et le bromure d'éthyle ont une incontestable valeur, mais ce sont des agents dépressifs, qui ont, à ce point de vue, plus d'inconvénients que le chloroforme lui-même, qui déprime la température et diminue d'autant les fonctions de nutrition.

Il en est autrement d'un médicament beaucoup plus vulgarisé au point de vue des inhalations : c'est *l'éther*, dont le flacon est flairé dans bien des circonstances, puisqu'il est presque toujours laissé à portée de l'entourage des hystériques. Il a, du moins,

l'avantage d'être un eupnéique et un stimulant diffusible, dont l'indication est assez communément fournie par l'état général des hystériques, du moins au moment des attaques.

« La réaction des malades, écrit M. Grasset, est du reste fort variable ; et il faut tenir compte des observations antérieures, s'il y en a eu. Ainsi certaines malades ne peuvent sentir l'éther, qui les excite au lieu de les calmer. Chez une malade de Charcot, les inhalations d'éther prolongées donnent lieu assez souvent à un état cataleptique ; l'éther occasionne aussi à certaines un délire, qui offre beaucoup d'analogie avec celui qui succède aux attaques ; la volonté paraît absente ; la malade s'abandonne à des confidences, qui trahissent ses aspirations, ses besoins les plus intimes. Les sensations génitales dominent chez plusieurs hystériques, dans le délire produit par l'éther. »

Au sujet de tous les procédés d'inhalation, il faut tenir compte de certaines formes anormales de l'hystérie, écrit Bernutz, et « en particulier dans les attaques de spasmes asphyxiques, avec ou sans perte de connaissance, dans lesquelles on a vu dans trois cas succomber les malades. Il faut dans ce cas, couvrir, on peut dire, la poitrine de ventouses sèches, ou même scarifiées, et les renouveler au besoin, comme on l'a fait pour une malade de mon service, qui semble avoir, grâce à cela, échappé à la mort ; et ce ne peut être encore assez.... Il peut être indiqué si, malgré ce moyen, l'asphyxie paraît imminente, d'employer la ventouse Junod, qu'on fait agir sur un et même successivement sur les deux membres inférieurs, ou autres moyens analogues. L'asphyxie peut, lorsqu'elle est le fait d'un spasme du larynx, indiquer la trachéotomie, à laquelle ont eu recours Michon et Velpeau, deux fois chacun sur leurs malades respectives. On peut être obligé de même d'avoir recours à des vésications rapides, au marteau de Mayor et même à l'emploi de l'électricité, dans les attaques de syncope prolongées ; mais je n'y insisterai pas,

parce que je ne connais aucune observation, dans laquelle ces moyens aient été employés. » (Bernutz).

Pour résumer la conduite à tenir au moment des attaques, on peut donc recommander d'abord la suppression de tout ce qui est nuisible ; le plus souvent on débarrasse la malade de tout ce qui est de nature à entraver sa respiration ; on desserre les vêtements et surtout le corset et toutes les ceintures ; on veille à la préserver de toute blessure et de toute brûlure pendant ses mouvements désordonnés ; on projette de l'eau sur son visage et on laisse au médecin lui-même le soin de discerner s'il est opportun de recourir aux inhalations médicamenteuses, aux déglutitions copieuses et forcées d'eau froide, à la manœuvre rectale d'Emmet, à la compression ovaro-salpingienne, ou enfin à l'une des formes de la suggestion hypnotique.

Médicaments antispasmodiques.

Bien des *médicaments* ont été employés contre les manifestations de l'hystérie, et d'abord les *antispasmodiques*.

D'après les théories anciennes, l'utérus craignait les mauvaises odeurs et les évitait par la fuite, tandis qu'il aimait et recherchait les parfums. De là est venue toute une médication : on faisait respirer des fétides, de manière à faire fuir l'utérus vers les parties inférieures du corps ; et on pratiquait à la vulve des fumigations parfumées, afin de l'attirer en bas à sa position naturelle.

Les fétides employés étaient très variés : le castoréum a été l'un des premiers. On conseillait aussi la corne de cerf, le pied d'élan, le pied de bouc, le vieux cuir, la chandelle au moment où on l'éteint, la fumée de lampe à demi-éteinte, les poils d'hommes et d'animaux, les verrues, la corne des pieds des chevaux ; on faisait brûler tout cela sous le nez de la malade.

Ce sont là des idées et des pratiques bien étranges. Mais nous savons, avec Fonssagrives, que les contemporains en sont arrivés à ne trouver comme caractère commun du groupe des antispasmodiques que leur volatilité et leur odorité.

Que valent les antispasmodiques dans l'hystérie ? (Grasset) C'est une question qu'il est utile de poser, lorsqu'on lit, dans Landouzy notamment, (p. 291 et suiv.), l'énumération de prétendus médicaments spécifiques, que des auteurs sérieux préconisent, comme « un breuvage souverain ». Il fallut alors un certain courage pour écrire : « Je n'ai, je l'avoue, ni potion, ni pilules, ni pommades antihystériques ; et je n'ai aucune confiance dans celle des autres. » (p. 296). Relativement aux antispasmodiques le même auteur les tient pour très incertains, si l'on s'en rapporte aux observations. « Ce n'est pas que je mette en doute, ni l'efficacité des potions narcotiques dans certains cas, ni les résultats obtenus par Pinel, Bichat, Rivière, Diemerbroeck, etc. (1) au moyen des injections calmantes, vaginales ou intestinales ; je pense seulement que les circonstances, dans lesquelles on a besoin d'y avoir recours, sont

(1) Ce qui frappe surtout, lorsqu'on lit les observations des anciens, c'est l'incroyable assurance, avec laquelle ils attribuent, à l'action de leurs moyens des guérisons qui s'expliquent le plus souvent par la disparition spontanée de la cause. Ainsi une jeune fille éprouve des accès hystériques après une suppression menstruelle causée par la frayeur ; plusieurs saignées sont faites, les règles reviennent, la névrose disparaît, et Hoffmann ne manque pas d'attribuer la disparition du mal à sa poudre et à ses pilules. « *Pilulas meas balsamicas ac pulverem antepilecticum prôpinavi, quarum ope perfectæ restituta fuit sanitati.* » La plupart des observations finissent par de semblables conclusions !

Ce défaut de critique est loin d'être particulier aux anciens, et nous sommes étonné de voir des médecins de nos jours attribuer aux pilules de Méglin, ou à des calmants analogues, les effets évidents, soit de la guérison d'une affection utérine, soit de la cessation spontanée de toute autre cause. (*Traité complet de l'hystérie*, par H. Landouzy. Paris, 1846, p. 296.)

aussi rares que celles dans lesquelles on en retire des avantages manifestes » (p. 282).

P. Briquet a donné une critique beaucoup plus sévère des antispasmodiques. « Plusieurs de ces médicaments, dont l'emploi date des temps d'Hippocrate ou d'Arétée, ont reçu l'approbation des médecins de toutes les époques, et ont été présentés comme des moyens héroïques ; ils n'ont pourtant sur l'état hystérique proprement dit, aucune influence qu'on puisse apprécier. J'ai administré bien souvent, d'une manière continue et avec beaucoup de patience de la part des malades, la valériane, l'assa foetida et le castoréum, soit en poudre, soit en pilules, soit en dilution, soit en lavement, soit en inspiration ; et je n'ai jamais vu que ces substances eussent la moindre influence sur l'état nerveux ; la susceptibilité nerveuse, l'agitation, les hypéresthésies, la facilité à avoir des attaques, les troubles du tube digestif, ceux de la menstruation, la fréquence du pouls restaient les mêmes ; il y avait en plus un certain degré de céphalalgie, quelques vertiges, des bourdonnements d'oreilles, des montées de chaleur à la tête, et les signes de la présence de substances désagréables à l'estomac, accidents qui étaient évidemment des effets directs produits par la médication. Aucune d'elles ne m'a paru jouir de la propriété de calmer directement le système nerveux, et elles ne peuvent être utiles que pour combattre les accidents momentanés de l'hystérie. » (P. Briquet).

Dès l'année suivante (1860), Aug. Nonat écrivait : « Cependant, on peut et même on doit, si les phénomènes nerveux ont une grande intensité, recourir, à titre d'adjuvants, aux moyens antispasmodiques : (préparations de belladone, de datura stramonium, d'assa foetida, de musc, de castoréum, d'oxyde de zinc, de valériane, de chloroforme, etc.). Mais les antispasmodiques doivent surtout former la base du traitement, lorsque les phénomènes hystériques persistent après la guérison de la métrite ou du phlegmon, et que la névrose, de

symptomatique qu'elle était, devient en quelque sorte idiopathique, en survivant à la cause qui l'a fait naître. »

Bernutz se fait le contradicteur des critiques de P. Briquet. « Ce procès, qu'on pourrait appeler, dit-il, un procès de tendance intenté aux antispasmodiques, (que j'ai reproduit in extenso à cause de l'autorité considérable dans toutes les questions qui ont trait à l'hystérie, que donne à Briquet la longue et consciencieuse étude qu'il a faite de cette maladie), ne peut être considéré comme jugé sans appel. Mon honorable collègue me paraît ne pas tenir assez compte des amendements momentanés, qui, de son propre avis, sont la conséquence de l'administration des antispasmodiques, et qui apportent un soulagement, éphémère sans doute, mais qui est si utile aux malades, lorsqu'elles sont dans une période d'excitation. C'est un fait on peut dire reconnu par tous les praticiens, qu'il y a parfois un intérêt capital à suspendre, (ne fût-ce que pendant quelques heures, mais surtout pendant quelques jours), l'excitation, pour qu'un calme relatif puisse se produire et permettre de soumettre les malades au traitement de fond de l'hystérie. Ainsi il peut y avoir : 1° un intérêt primordial à calmer le délire, l'administration de lavements contenant du musc ou de l'assa foetida, pour ne citer que cet exemple de l'emploi des antispasmodiques dans des conjonctures graves ; 2° utilité d'employer des compresses imbibées de chloroforme dans des hystérgies affreusement cruelles ; 3° enfin, il y a un avantage incontestable à ramener le calme après les attaques, en administrant, dans les heures qui les suivent, une potion antispasmodique. »

Legrand du Saulle a raison de le dire, les antispasmodiques sont sans effet sur la maladie elle-même ; ils ne sauraient avoir d'action que pour calmer simplement certains épisodes, comme les spasmes, les convulsions, la sensation de constriction à la gorge (p. 558).

« En somme, conclut M. Grasset, ils produisent une stupé-

faction diffusible peu profonde et passagère, qui ne diffère que par le degré de l'action anesthésique. Ils sont donc indiqués, non contre la névrose hystérie, mais contre quelques-unes de ses manifestations, spasmes ou convulsions. L'indication capitale de ces agents se trouve dans cet état d'agacement, d'excitation, d'éréthisme nerveux, qui précède ou suit les attaques, l'état d'imminence spasmodique, l'attaque incomplète, la boule hystérique, le nervosisme. Ces agents peuvent entièrement dissiper ces états.

» Dans les cas d'excitation plus intense et durable, les antispasmodiques sont encore indiqués à un autre titre : ils produisent une sédation passagère et permettent le traitement du fond même de l'hystérie, en calmant l'éréthisme général qui s'oppose à ce traitement. — On les emploie encore avec succès contre quelques spasmes peu tenaces : la constriction de la gorge, la strangulation, la dysphagie même, cèdent quelquefois à l'éther. « Sous réserve de ces considérations, on peut dire que les antispasmodiques s'adressent aux phénomènes d'excitation motrice de l'hystérie, à condition que ces phénomènes soient peu tenaces et peu profonds ; les convulsions tenaces et habituelles, (la toux par exemple), résistent au contraire ordinairement (1). »

L'hystérie, écrit Bernutz, est une névrose, qui a, comme élément primordial, une impressionnabilité excessive, qu'il importe avant tout d'atténuer.

(1) Comme annexe à la médication antispasmodique, nous citerons l'exercice rythmique des muscles atteints, dont on peut tirer profit dans les troubles musculaires. Ainsi, pour la voix, dans les cas d'aboiements ou d'autres spasmes du même ordre, l'exercice régulier de la parole est utile : on fait déclamer des vers, scander les mots, lire à haute voix, chanter en marquant la mesure. Il en est de même quand il s'agit des membres inférieurs. Bernutz cite une dame qu'on faisait promener, précédée ou suivie d'un tambour battant la charge. (Grasset.)

Médication narcotique.

La médication *narcotique* s'impose d'une façon si naturelle pour des malades souvent agitées, parfois insupportables, qu'elle a dû être employée de tout temps.

« De tous les agents thérapeutiques, il n'en est aucun, dit Gendrin, qui soit plus approprié à la curation de l'hystérie que l'*opium* à haute dose. En commençant par 50 centigrammes par jour, on arrive à 60, 75 centigrammes progressivement, avant d'avoir un effet narcotique ; dès que cet effet se produit, tous les accidents hystériques disparaissent : et l'on est obligé de diminuer chaque jour les doses d'opium, qui provoquent alors la somnolence. Je guéris, par ce moyen, plus de la moitié des hystériques. » (*Note lue à l'Académie royale de Médecine, 11 août 1846*).

Landouzy résume ainsi sa thérapeutique des douleurs hystériques : « exercice des parties endolories, réfrigérants, usage interne des préparations d'opium ou de jusquiame, usage externe de l'acétate de morphine. » Cependant, Landouzy entend bien ne faire de l'opium qu'un simple *calmant momentané*, et non point le remède spécifique de l'hystérie. « Je suis parfaitement d'accord avec Gendrin, écrit-il, sur les bons effets des narcotiques ; et j'ai insisté plusieurs fois sur l'utilité incontestable des préparations d'opium ou de jusquiame dans l'hystérie. J'ai vu, ajoute-t-il, comme le médecin de la Pitié, des hystériques supporter sans narcotisme, plus de vingt-cinq centigrammes de chlorhydrate ou d'acétate de morphine par jour ; mais j'en ai vu bien davantage, chez lesquelles les opiacés excitaient des vomissements constants, quoique l'estomac fût en très bon état ; j'en ai vu surtout un grand nombre, chez lesquelles l'opium administré à dose forte ou minime, produisait des syncopes incessantes ; et je suis très

loin de le regarder comme pouvant guérir la moitié des hystériques. » (p. 310) (1).

L'enseignement de Bernutz est à l'abri des agitations de la question, qui était d'actualité en 1846, par la communication de Gendrin à l'Académie.

« Le traitement par les narcotiques : opium, belladone, valériane, jusquiame, stramonium, est en général, dit-il, celui que supportent le mieux les malades, — en particulier le traitement par l'opium, qui mérite le premier rang dans la thérapeutique de l'hystérie, sauf toutefois pour quelques indications spéciales : telles que la gastralgie et certaines manifestations ayant pour siège les organes de la vision, où la belladone a une prééminence marquée, etc. Je dois dire, cependant, qu'il y a certains cas, dans lesquels on ne peut donner la dose la plus minime d'opium, sans susciter des accidents, qui forcent absolument à y renoncer, ou dans lesquels il n'agit pas plus que si c'était une substance inerte ; ainsi, un lavement contenant 150 gouttes de laudanum ne produisait aucune action chez une malade, que 200 grammes de vin, administrés de même, jetaient dans une semi-ivresse. » Legrand du Saulle et M. Grasset ont insisté sur ce point, que pour un narcotique, « plus que pour tout autre médicament, il faut tenir compte des susceptibilités personnelles, de l'ataxie thérapeutique, que certaines hystériques poussent si loin. Combal citait une dame, qui ne pouvait pas prendre une goutte de laudanum, même par surprise, sans délire. » (Grasset). Il y a des hystériques, écrit Bernutz, d'une susceptibilité

(1) Malgré tout le mérite des travaux de M. Gendrin, on peut penser qu'il se sera laissé illusionner par une série de faits que le hasard n'aura pas assez variés ; car l'observation est là ; et, après elle, l'appréciation étiologique, pour montrer que l'opium, à quelque dose qu'il soit administré, doit être considéré comme un calmant momentané, et non comme le remède spécifique de l'hystérie. (Landouzy.)

décevante ; pour elles, « tantôt la belladone, tantôt l'extrait de valériane sont également incompatibles, en vertu de l'ataxie thérapeutique, (que j'ai déjà signalée, et qui est si commune chez les hystériques). J'ai vu une fois cette dernière préparation, prescrite par Laugier et Velpeau, que j'avais réunis en consultation pour une amaurose hystérique incomplète, produire, à trois reprises différentes, une intoxication, si analogue à celle qu'amène une dose trop considérable d'opium, que j'ai cru nécessaire de faire analyser cet extrait de valériane, pour être certain qu'il n'y avait pas eu d'erreur commise par le pharmacien. »

Il ne faut, dit Grasset, « accepter sur ce point que ce que l'on a vu et contrôlé soi-même ; — les hystériques posent souvent pour ne supporter que des doses infinitésimales des médicaments, chacune d'elles étant en général convaincue qu'elle n'a pas sa pareille au monde. — Que de fois nous avons vu des injections de morphine, décorées d'un autre nom, bien supportées par des malades, qu'une préparation quelconque d'opium devait tuer ! »

Pour E. Chairou, l'opium (combiné avec les bains prolongés) est *un moyen véritablement merveilleux* (p. 124) ; il l'emploie en pilules de quatre centigrammes environ : « on prescrit pendant trois jours une ou deux pilules, suivant la force de la malade, le degré d'ancienneté de la maladie ; on augmente d'une pilule tous les trois jours, tant qu'il y a tolérance. Il faut que le médecin surveille avec soin, chaque jour, la tolérance du médicament.

» Or, en général, la tolérance des hystériques pour l'opium est vraiment extraordinaire.

» Dans le service du Vésinet, il nous est arrivé de guérir des hystéries datant de fort longtemps, et d'une intensité aussi considérable que possible, par l'administration répétée de dix pilules d'extrait thébaïque chaque jour. Chacun des internes du service a assisté à ces rapides et admirables guérisons, et

en a recueilli les observations, et peut rendre compte des merveilleux résultats donnés par cet héroïque médicament, lorsqu'il est convenablement administré suivant les règles que je viens d'indiquer. Cette dose de dix pilules est cependant exceptionnelle; on s'arrête en général à huit, données une par une de deux heures en deux heures. C'est là que se borne la tolérance » (p. 124).

Il faut cependant toujours tenir compte des malades qui ne tolèrent pas les préparations opiacées; « en dehors de ces cas assez rares, écrit Bernutz, le traitement par l'opium réussit habituellement; et on parvient, en général, en continuant pendant six semaines ou deux mois à doses légèrement croissantes, à diminuer les accidents, (s'ils ne sont pas trop intenses), et à permettre aux malades soulagées de reprendre la vie commune; mais on ne peut considérer ce résultat comme une guérison, ainsi que nous l'avons déjà indiqué. — Dans d'autres cas, on réussit avec la *belladone*, surtout en la donnant assez rapidement à une dose élevée, comme l'a indiqué Rostan, mais le succès est plus rare que par l'opium, à cause de l'action plus rapide de la *belladone* sur la gorge qu'elle dessèche, et des troubles de la vision qu'elle suscite, qui forcent très souvent d'interrompre, au bout de quelques jours, la médication. — Aussi est-il regrettable qu'on n'ait pas, jusqu'à présent, déterminé rigoureusement les conditions dans lesquelles on doit prescrire plutôt l'une de ces substances que l'autre, surtout celles dans lesquelles leur emploi peut être, non seulement inutile, mais même nuisible, et dans lesquelles on doit alors préférer le *chloral* ».

« Quand il est bien toléré, enseigne M. Grasset, l'opium, continué à assez haute dose, est un excellent traitement contre les états douloureux ou convulsifs durables. Il doit être en général préféré à la *belladone*, qui entraîne plus rapidement des phénomènes d'intoxication. La *belladone* aurait une indication générale dans les cas d'idiosyncrasie vraie contre

l'opium, et dans les cas de constipation opiniâtre et gênante ; dans cette seconde circonstance, on peut très utilement associer les deux moyens. L'injection hypodermique de *morphine*, (toujours associée à une très petite quantité d'atropine pour éviter les vomissements), est un très bon moyen contre beaucoup de manifestations hystériques ; j'ai moi-même vu d'inquiétantes hémorrhagies, de nature hystérique, céder très bien à ce moyen et ne céder qu'à lui. Seulement, il est de règle absolue de faire soi-même les injections à la malade : livrer la seringue et la solution à une hystérique, même pour une fois, est une faute qui ouvre la porte au morphinisme. »

Médication par les bromures et autres médicaments.

Bernutz a raison de le remarquer, l'emploi du *bromure de potassium* doit être rapproché de celui de l'opium ; on l'a employé « à doses progressivement croissantes, - jusqu'à production de l'anesthésie du pharynx, chez les malades qui ne présentent point, par le fait de l'hystérie, la paralysie réflexe de l'épiglotte, et jusqu'à production, chez celles où elle existe, d'un léger trouble intellectuel. J'ai réussi, en portant assez rapidement la dose de bromure de potassium jusqu'à 10 grammes dans les 24 heures, (chez une jeune fille de Troyes, qui avait été envoyée dans mon service à la Pitié,) à obtenir en un mois, non seulement la cessation complète d'une chorée, qui était assez grave lors de l'entrée pour qu'il y eût à craindre que la peau du dos, fortement rougie, ne devînt bientôt le siège d'ulcérations, mais aussi un éloignement des attaques, tel qu'il n'y en avait plus, lorsque la malade est sortie de l'hôpital, qu'une tous les quatre jours au lieu de deux chaque jour. Le traitement, continué à Troyes à plus faibles doses, avait réduit les attaques à une par mois, et avait permis de reprendre la vie commune, quand on a cessé de me consulter par lettre. Dans un autre cas, où il y avait par jour plusieurs attaques

épileptiformes, le bromure de potassium, poussé jusqu'à produire une sorte d'accès d'aliénation mentale, a donné lieu à une intermission complète des accidents pendant six semaines, au bout desquelles ils sont revenus, mais bien moins intenses qu'ils n'étaient avant l'emploi de ce médicament.

» Malheureusement, le bromure de potassium ne produit, dans beaucoup de cas, qu'un amendement insignifiant ou même n'en produit pas, de sorte que ce médicament doit être réservé pour des cas déterminés. Il me paraît surtout indiqué, d'après ce que j'ai observé, dans l'hystérie épileptiforme, mais ne l'être pas, ou plutôt être contre-indiqué, dans les cas où il y a une excitabilité nerveuse très marquée. »

Cependant les heureux résultats du bromure de potassium dans l'épilepsie « ont engagé la plupart des médecins à le préconiser contre l'hystérie. Ce médicament jouit encore dans le traitement de la névrose d'un crédit certainement usurpé. — Charcot, avec sa longue expérience nosocomiale, déclare n'avoir jamais obtenu, à l'aide de cet agent, d'amélioration bien marquée. Et ce n'est pas un fait sans intérêt que le frappant contraste existant, entre l'action fatalement sédative de ce médicament dans le mal comitial, et son inefficacité relative à l'hystérie. » (Legrand du Saulle, p. 558.)

M. Manquat (*traité élémentaire de thérapeutique*, t. II, p. 368) fait remarquer que « le bromure de potassium peut calmer passagèrement quelques-uns des phénomènes de l'hystérie convulsive, de l'hystéro-épilepsie (Blache) (névralgies, insomnies); mais il ne doit pas être continué, encore moins, comme on le fait si souvent, prescrit sans discernement dans tous les cas où l'on est en présence d'un symptôme nerveux. — Il ne faut jamais oublier, dit-il, que le bromure de potassium est un *dépresseur*, un *sédatif hyposthénisant*, suivant l'expression de Gubler; aussi a-t-il échoué dans l'hystérie convulsive entre les mains de Bazin, de Gubler, etc. »

« Les bromures sont journellement employés dans toutes les

névroses, répète de son côté M. Grasset ; et on peut dire qu'il n'y a pas d'hystérique qui n'en ait pris de hautes doses. — Comme je l'ai écrit il y a déjà assez longtemps, plus je vois d'hystériques, moins je donne les bromures contre cette névrose. » M. Grasset en est même arrivé à faire de leur insuccès un moyen de diagnostic, dans les cas douteux entre les attaques d'hystérie et les attaques d'épilepsie. Un vrai comitial est toujours heureusement influencé par de hautes doses (8 à 10 grammes) de bromure alcalin, très rigoureusement administrées sans interruption, tandis que les mêmes doses du même remède pourront ne produire aucune espèce de résultat chez une hystérique à attaques convulsives fréquentes. — Je ne crois donc pas les bromures bien utiles contre les attaques d'hystérie. — Leur indication est plutôt contre l'état de nervosisme vague que les hystériques présentent souvent en dehors de toute attaque : c'est l'action des antispasmodiques moins rapide, mais plus prolongée.

On choisira le bromure de sodium, ou l'association des trois bromures de potassium, sodium et ammonium. Dans tous les cas où il donne du bromure pendant longtemps, M. Grasset a l'habitude d'associer de l'arsenic (liqueur de Fowler dans du vin de quinquina ou solution aqueuse d'arséniate de soude) : c'est un correctif de l'action fâcheuse sur les forces et de l'action défectueuse sur la peau.

D'autres médecins insistent davantage sur le bromure de camphre associé ou non à l'extrait de valériane et à l'extrait de gentiane.

Le *chloral* est encore un bon sédatif du système nerveux ; on l'emploiera surtout comme hypnotique. On l'associe souvent au bromure.

On donne assez, pour produire le sommeil, une association qu'une spécialité connue a vulgarisée, mais qu'on peut prescrire : 1 gramme de chloral, 1 gramme de bromure de

sodium, 1 centigramme d'extrait de jusquiame et 1 centigramme d'extrait de chanvre indien par cuillerée d'un julep gommeux ; on prend de deux à quatre de ces cuillerées d'heure en heure ou de demi-heure en demi-heure, le soir à partir de dix heures, dans une tasse d'infusion de feuilles d'orangers.

Les hypnotiques plus récents, la *paraldehyde*, l'*hypnone*, l'*uréthane*, rendent aussi des services en permettant de varier le médicament, ce qui est souvent nécessaire, soit que la malade s'habitue et ne soit plus influencée par le premier, soit qu'elle ait de la tendance à trop abuser du premier.

On considère, du reste, ces médicaments un peu comme des médicaments d'exception dans l'hystérie. En général, il faut plutôt retenir les malades que les pousser dans cette voie médicamenteuse. La morphine, l'éther, le chloral, sont souvent l'objet d'abus fâcheux et la cause de vraies manies et d'intoxications chroniques, dont on a ensuite beaucoup de peine à les débarrasser.

« Parmi les acquisitions récentes de la thérapeutique, l'*antipyrine* est un très bon médicament de la douleur dans l'hystérie, surtout de la douleur précise limitée (migraines, névralgies, etc.), plutôt que de la douleur vague et généralisée. Pour que l'antipyrine réussisse il faut la donner, gramme par gramme, le matin à jeun, de deux à quatre, à une heure d'intervalle l'un de l'autre.

» La *solanine* rend aussi des services. Quoique nous ayons montré avec Sarda, écrit M. Grasset, que c'était surtout le médicament des faisceaux pyramidaux, nous l'avons vue aussi bien calmer des douleurs qui avaient résisté à l'antipyrine et à l'acétanilide, et je l'ai vue récemment agir très heureusement pour atténuer et espacer de grandes attaques quotidiennes d'hystérie contre lesquelles tous les autres moyens classiques avaient échoué. »

M. Legendre place bien au-dessus des acquisitions récentes les diverses préparations de VALÉRIANE : valérianate de zinc,

valérianate de quinine, extrait et poudre de valériane, en pilules, en lavements, en bains. On ne saurait perdre de vue que M. le prof. Bouchard en a fait un précieux « médicament d'épargne. »

Le même auteur assure que la STRYCHNINE lui a rendu de bien grands services pour combattre le dérèglement des grandes fonctions nerveuses (*Concours médical*, 3 février 1894). Nous croyons que l'usage de la strychnine comporte de grands ménagements ; c'est un excitant des réflexes médullaires ; et il est bien peu d'excitants qui soient utiles aux hystériques ; il faut en tous cas ne les employer qu'avec une grande circonspection.

Médication par les ferrugineux.

C'est pour éviter les longueurs, et surtout pour ne retenir que les éléments les plus rationnels de la thérapeutique, que nous avons intentionnellement laissé dans l'ombre la part à faire aux émissions sanguines, tant locales que générales.

Bernutz a raison lorsqu'il insiste sur l'indication si commune d'un traitement tout opposé aux antiphlogistiques ; cette indication repose sur « l'état anémique, que présentent le plus souvent les hystériques. Je n'entrerai pas, dit-il, dans le détail de ce traitement ; je dirai seulement qu'il faut, s'il n'y a pas de contre-indication résultant d'hypéresthésie musculaire ou d'état inflammatoire, insister sur l'exercice en plein air, et conseiller l'équitation aux jeunes filles, auxquelles on peut faire une semblable prescription. Il n'y a doute, on peut dire, pour personne, pour l'indication du traitement tonique chez le plus grand nombre des hystériques, lorsqu'il est formulé d'une manière aussi générale. Le désaccord ne se produit que pour certaines particularités de ce traitement : l'emploi du *fer* et des préparations de *quinquina*. Le fer, dit Raulin, n'a jamais guéri une seule hystérique, ce qui est cer-

tainement trop absolu, mais au moins aussi vrai que l'éloge exagéré que certains observateurs ont fait des préparations martiales dans cette maladie, dans laquelle elles sont en général très mal supportées, comme on peut le voir dans une des observations de Briquet (1), qui a cependant beaucoup trop, suivant moi, préconisé l'emploi de ce médicament. Aussi conseillerai-je de ne prescrire les préparations ferrugineuses qu'avec la plus grande circonspection, et de débiter par des eaux minérales ferrugineuses très peu actives, pour savoir comment elle seront supportées par l'estomac. — On doit en user de même pour le quinquina, qui entrait dans un assez grand nombre des potions cordiales, dont les contemporains de Pomme abusaient (ce qui l'a fait, par antipathie pour les alexipharmques, et en particulier contre l'eau de la reine de Hongrie, instituer son traitement : composé de bouillon de poulet, mais surtout de bains tièdes excessivement prolongés). Il vaut mieux employer, chez les hystériques, les préparations de quinquina peu excitantes ; les macérations aqueuses légères de quinquina jaune.»

La dénutrition chez les hystériques ordinaires n'est d'ailleurs pas aussi importante que le ferait croire leur apparence chlo-

(1) « Je traitais, dit Briquet, une dame hystérique et anémique. Il avait fallu mettre en usage les préparations ferrugineuses ; mais bientôt ces préparations avaient révolté l'estomac ; et, quelque peine que j'eusse prise pour varier soit la combinaison, soit la forme de ce métal, il était rejeté après avoir provoqué de la cardialgie. Je songeai à faire prendre alors le médicament à l'insu de la dame, et je fis faire du pain ferrugineux dans lequel j'avais fait introduire une solution de quelques centigrammes de sulfate de fer. Il était impossible de distinguer au goût la présence du fer. Le pain fut pris ; et, au premier repas, à la seconde bouchée, le fer avait été reconnu par l'estomac ; le lendemain matin, la malade triomphante me montra dans sa cuvette la malheureuse bouchée de pain à peine ramollie, et qui ne s'était pas désagrégée ; sitôt qu'elle avait pénétré dans l'estomac, elle avait provoqué de la douleur ; néanmoins le repas avait continué, et la bouchée de pain seule avait été vomie, le reste avait parfaitement passé. »

rôtique. MM. Gilles de la Tourette et H. Cathelineau ont fait des essais sur l'examen comparatif du sang (*Société de Biologie* 7 février 1891) et ont remarqué que : « 1° La même solution de continuité du tégument cutané que celle faite à un individu sain ne donne issue qu'à une quantité de sang d'un tiers, environ inférieur à la normale; 2° En dehors des cas d'anémie et de chlorose, la quantité d'hémoglobine, l'urée et la glycose sont en proportions normales. » Ces auteurs ajoutent que les résultats précédents corroborent ceux qu'ils avaient déjà énoncés, à savoir : que la nutrition ne semble pas troublée dans l'hystérie normale.

S'il est des médicaments, qui, comme les ferrugineux, ont perdu, non seulement leur crédit, mais même leur indication la plus discrète, il en est d'autres qui ont eu et conservent encore en partie, sinon une vogue véritable, du moins le crédit de longues et consciencieuses études. Le mot « *agent esthésiogène* » a été créé par Charcot, pour désigner toute une série de procédés thérapeutiques, dont l'effet dominant est de provoquer le retour de la sensibilité dans les parties du corps d'où elle a disparu.

Ainsi est venu s'ajouter, à l'*électrothérapie* dans ses formes primitives, toute une série nouvelle de manières d'électrisation, puis la *métallothérapie*, l'*action des aimants*, la *xylothérapie* elle-même, et jusqu'à l'action des médicaments à distance.

Électrothérapie.

Cependant, l'électrothérapie est loin d'être une innovation de toutes pièces. — Landouzy signale, dans un mémoire alors récent de Person, de Bordeaux, une observation de Trousseau (*Journal des connaissances médico-chirurgicales* février 1842), dans laquelle un collier d'ambre arrêtait immédiatement

les contractions spasmodiques ; — une autre où les accès manquaient chaque fois que l'électropuncture était pratiquée dès les premiers signes prodromiques. Landouzy pensait que cette méthode devait être expérimentée à nouveau, (p. 302).

On ne l'a guère mieux fait que Duchenne (de Boulogne), qui a autant que personne rencontré des déboires et des contradictions, dont il prévient loyalement ses lecteurs.

Cependant, « on trouve parfois, comme l'observe Bernutz, dans l'électricité, un moyen héroïque pour faire disparaître ces hyperesthésies. Il est nécessaire, pour l'hyperesthésie cutanée, d'exciter légèrement la peau à l'endroit où la douleur a le plus d'intensité, en y promenant le pinceau métallique, en le glissant, rapidement d'abord, puis lentement, enfin en frappant rapidement la peau à coups de pinceau ; l'opération ne doit durer que deux à trois minutes pour une surface large comme le tronc. On cesse ces faradisations quand la douleur a cessé complètement, pour la reprendre quand elle reparait ; il est rare qu'il y ait besoin de plus de deux faradisations par jour, qu'on renouvellera tant qu'on ne sera pas maître de la douleur, ce qui a lieu ordinairement au bout de quelques jours, mais malheureusement pour voir trop souvent la souffrance revenir sous l'influence d'une nouvelle attaque ou d'une émotion morale. Il est à regretter qu'il en soit de même pour l'hyperesthésie musculaire, qui, lorsqu'elle est intense, indique, bien plus encore que celle de la peau, l'emploi de la faradisation localisée, mais en se servant alors de l'éponge plus ou moins humide pour faire agir l'électricité sur tel ou, tel des muscles, qui est le siège de la perversion de la sensibilité.

L'emploi de l'électricité dans l'hystérie est principalement indiqué, d'après Bernutz dans les paralysies des sens ou des muscles, partielles, ou plus ou moins générales, qu'elles soient accompagnées ou non de l'hyperesthésie, mais à la condition que la névrose ait revêtu dès le début ou consécutivement la

forme chronique. Dans l'hystérie aiguë, l'emploi de ce moyen ne réussit qu'au moment du passage à l'état chronique.

« Depuis que l'usage thérapeutique des courants continus est redevenu une sorte de mode, introduite en France dans la pratique médicale par quelques Allemands, j'ai dû, écrit Duchenne de Boulogne, bien des fois les appliquer au traitement des paralysies musculaires hystériques, afin de répondre au désir des confrères qui m'adressaient leurs malades. En même temps, j'ai soumis expérimentalement aux courants continus, la plupart des paralysies hystériques, qui se présentent à ma clinique civile. J'ai donc pu acquérir une assez grande expérience sur la valeur thérapeutique de ces courants appliqués à cette espèce de paralysie.... Eh bien ! je déclare que les courants constants continus stables (les seuls vrais) ne m'ont pas donné, dans les paralysies musculaires hystériques, des résultats aussi satisfaisants que la faradisation localisée ; — que souvent, après les avoir vainement appliqués, il m'a fallu en venir à localiser, dans chacun des muscles paralysés, le courant d'induction ou le courant galvanique interrompu, ou les courants continus, qui, ainsi que je l'ai démontré, sont de véritables courants galvaniques interrompus, qui ont l'inconvénient d'altérer la peau par leur action électrolytique, — et en conséquence que la faradisation localisée leur est préférable. »

Faradisation.

La *faradisation localisée* peut, selon Bernutz, donner lieu, dans quelques cas, à des guérisons inespérées, qui surviennent parfois avec une rapidité surprenante, alors qu'on avait vainement essayé, pendant un temps très long, les médications les plus rationnelles et les plus variées. Il faut, par conséquent, dans les cas de cette dernière espèce, y avoir recours.

Malheureusement, de l'avis de Duchenne lui-même, tout est imprévu dans la thérapeutique de la faradisation localisée

sur les troubles hystériques ou hystériformes. « On voit trop souvent, dit-il, dans telle paralysie de ce genre, échouer le procédé de faradisation, qui avait triomphé dans des cas en apparence identique, et le moyen contraire réussir, alors qu'il semblait irrationnel d'en attendre la moindre influence. »

J'ai vu, dit encore Bernutz, guérir, à la Pitié, en quelques séances de faradisation, une malade, chez laquelle Lasègue avait essayé sans succès pendant huit mois toutes les espèces de médication ; elle était affectée de paralysie hystérique, qui, de l'avis de tous les observateurs, est la paralysie la plus réfractaire de toutes à l'électricité. Je dois ajouter que, depuis cinq ans, il n'y avait, pour ainsi dire, pas d'année, que cette malade ne rentre dans mon service pour une récurrence de sa paraplégie, dont elle est débarrassée chaque fois en quelques jours par la faradisation, ce dont elle s'empresse, quoiqu'on lui dise, de profiter pour aller au plus vite reprendre sa vie désordonnée.

On doit, en général, pour réussir dans la paraplégie hystérique, localiser l'excitation électrique dans chacun des organes affectés, quoique cependant il suffise, dans certains cas, de faire disparaître l'anesthésie cutanée, pour que l'affaiblissement musculaire s'évanouisse en même temps ; mais, dans l'un et l'autre cas, il est utile de continuer le traitement quelque temps après le retour des mouvements, afin de fixer, pour ainsi dire, la guérison. Cette prolongation du traitement électrique est, non-seulement nécessaire pour assurer la guérison, mais encore indispensable, parce que les récidives de la paralysie peuvent être très fréquentes, soit sous l'influence des attaques, soit sous l'influence des peines morales ; « l'expérience semble avoir démontré, dit Duchenne, que les organes, menacés d'une rechute, y résistent d'autant mieux, qu'ils ont été plus souvent faradisés. »

Dans la ou les premières séances de faradisation, il faut habituer graduellement les malades à la sensation électrique,

pour qu'elles n'aient pas d'attaque, (que l'appréhension de la médication suscite chez quelques-unes d'entre elles). Cette même raison doit engager à n'employer, au début, que les intermittences éloignées, bien que la sensibilité musculaire, qui complique la paralysie hystérique, indique l'emploi des intermittences rapides, (qui agissent énergiquement sur la sensibilité musculaire, en même temps qu'elles provoquent le retour des mouvements). — On n'aura recours aux intermittences rapides qu'en cas d'insuccès des intermittences prolongées, et quand on est sûr de ne pas provoquer d'attaque.

Il faut, en général, diriger les excitateurs sur chacun des muscles paralysés, sans négliger de stimuler les troncs nerveux parce qu'il suffit parfois, comme nous l'avons déjà dit, de faire disparaître l'anesthésie pour faire revenir les mouvements. — Il est nécessaire, de continuer la faradisation, non-seulement jusqu'au retour complet de la contractilité musculaire, mais encore après le retour de celle-ci, pour être sûr de la guérison et pour se mettre autant que possible à l'abri de sa récursive.

La faradisation donne plus de succès encore pour la paralysie des sens, (et en particulier pour la paralysie des membres), mais elle demande des procédés spéciaux, nous ne pouvons exposer ceux qui sont nécessaires pour l'électrisation du larynx dans le cas d'aphonie, — de l'œsophage dans le cas de spasme grave de ce conduit, dont l'électrisation peut être dangereuse, — enfin l'électrisation de l'estomac dans le cas de vomissements incoercibles, qui ne m'a rien donné, dit Bernutz, dans un cas où je l'ai employé, en suivant les indications précises que fournit Duchenne. — Jusqu'à présent, malgré les espérances, qu'on avait fondées sur l'emploi de l'électricité dans les contractures permanentes, on n'en a également rien obtenu de bien satisfaisant. . . . Certaines contractures sont passagères et disparaissent spontanément par des moyens très simples; d'autres, plus durables, peuvent guérir sous l'influence de

ventouses scarifiées, comme Briquet en cite un exemple remarquable, (p. 437), ou par des procédés encore plus difficiles à interpréter.

MM. Richer et Regnard ont attiré l'attention sur l'action du courant galvanique sur les attaques d'hystérie, et surtout d'hystéro-épilepsie. Le courant continu, appliqué pendant la période d'état de mal hystéro-épileptique, a toujours diminué le nombre des attaques. Les interversions du courant arrêtent, en général, l'attaque, même lorsqu'elle est déjà commencée : par exemple, si l'on fait une application de quarante éléments Trouvé à une malade en état d'attaque, et qu'on intervertisse les pôles : l'excitation, qui résulte de cette rupture du courant, détermine l'arrêt immédiat de l'attaque. — Ajoutons que les attaques peuvent disparaître pour ne plus revenir ; ou, ce qui est plus fréquent, les attaques s'espacent de plus en plus et perdent peu à peu de leur intensité.

M. Grasset, pense comme Bernutz, que « l'électrisation *fara-dique* de la peau (tampons secs) est très bien indiquée contre les anesthésies et qu'elle agit plus ou moins rapidement et les fait presque toujours disparaître, au moins pour un temps. De plus, la douleur produite est, dans certains cas, un puissant moyen de perturbation ; et la crainte d'une nouvelle séance peut achever la guérison ; c'est ce qui lui est arrivé chez une malade dont une électrisation douloureuse a guéri la paralysie. — Préconisée aussi comme moyen perturbateur contre les convulsions tenaces, elle est conseillée par Briquet contre la toux hystérique et les spasmes permanents ; l'effet psychique doit jouer ici un très grand rôle. — On emploie aussi avec succès les courants interrompus entre les paralysies (tampons humides).

Galvanisation.

L'électricité *galvanique*, (courants continus), agit aussi très bien sur les paralysies. — Ce sont les seuls agents contre les

contractures fixes ; — ils jouent enfin un grand rôle dans le traitement des atrophies musculaires.

Les phénomènes convulsifs sont modifiés par les courants continus, surtout par les courants intervertis (P. Richer et Regnard) : — les deux pôles de la pile sont appliqués l'un sur le front, l'autre sur l'abdomen ou sur un membre inférieur. — Si le courant est fort et brusquement interverti, on observe l'arrêt immédiat des convulsions, mais on n'en empêche pas le retour. — Si le courant est faible et non interrompu l'attaque n'est pas suspendue, mais la violence en est atténuée pour chaque attaque, en même temps que la période intercalaire est plus longuement prolongée. (Legrand du Saulle.)

Électricité statique.

Le tabouret (électricité *statique*) est un excellent calmant par lui-même et sans étincelle.

Dans toutes les formes de l'hystérie caractérisées par l'excitation motrice et surtout sensitive, le tabouret est indiqué et rend de grands services ; il fait dormir. — En y joignant l'étincelle, on peut combattre les paralysies et surtout les anesthésies (1).

(1) M. Féré a communiqué à la Société de Biologie (séance du 2 février 1889) une note, dans laquelle il fait connaître que « la durée du temps de réaction offre généralement chez les hystériques une augmentation proportionnelle à la diminution de la sensibilité générale et spéciale. La durée du temps de réaction est plus courte, lorsque l'excitation et la réaction se passent du côté le moins anesthésique. Elle augmente lorsque l'excitation est portée sur le côté le plus anesthésique, ou lorsque la réaction se fait de ce même côté. Elle augmente encore, lorsque l'excitation et la réaction se font l'une et l'autre du côté le plus anesthésique. Cette épreuve des réactions croisées, comparées aux réactions homologues, donne des différences assez considérables, pour indiquer que la transmission centripète et la transmission centrifuge seront retardées du côté anesthésique. (*Journal des Sociétés scientifiques*, 20 février 1889.)

On connaît l'électricité comme moyen de combattre les manifestations du mal, les localisations de la névrose. « Le même moyen peut rendre de grands services aussi contre l'état général du système nerveux pris dans son ensemble. » (Grasset.)

L'électricité statique pendant longtemps délaissée, a été très étudiée récemment par M. R. Vigouroux.

Legrand du Saulle la considère comme l'un des plus précieux, peut-être le plus puissant, des agents œsthésiogènes; il lui attribue une action double dans l'hystérie, action générale et action sur les anesthésies, contractures et autres manifestations locales.

Le mode d'application comporte toujours le séjour prolongé et quotidien de l'hystérique sur le tabouret isolant : c'est alors qu'on la met en rapport avec le conducteur d'une machine électrique, dont la rotation renouvelle incessamment la charge. — Les procédés varient. — Si la malade est abandonnée à elle-même sans aucun accessoire, elle perd l'électricité dans l'air ambiant par les cheveux, les poils, les ongles et les vêtements, en vertu de la notion connue sur le pouvoir des pointes. Cette méthode constitue le *bain électrique* beaucoup mieux que la manœuvre bizarre, qui consiste à faire passer de l'électricité par un bain qui est censé électrisé. — Un autre procédé permet d'interrompre à volonté l'équilibre de la tension électrique de l'hystérique : il suffit pour cela de la mettre en communication avec le sol. Si l'on place une pointe métallique à une distance variable (suivant la tension de la machine) à 20 ou 30 centimètres, l'électricité de sens contraire s'écoule par cette pointe et va frapper la partie du corps la plus voisine, en y produisant la sensation d'un vent frais, d'où la dénomination de *vent électrique*. — Si la pointe métallique est rapprochée, on voit dans le demi-jour, ou mieux dans l'obscurité, un cône lumineux situé dans sa longueur, dont le sommet répond à la pointe tandis que la base figure l'épanouis-

sement d'une *aigrette* : il en résulte une sensation de pincement plus ou moins vif. — Si la pointe est remplacée par une portion mousse ou par une boule, la neutralisation de l'électricité se fait brusquement par une *étincelle* brillante, qui donne la sensation de piqûre ou de choc et imprime une secousse aux muscles sous-jacents. Ce dernier procédé est bien connu par la manœuvre de la bouteille de Leyde ; il est le moins employé.

La durée des séances varie entre trente, quarante-cinq minutes et même une heure chaque jour.

On y joint parfois l'usage des excitateurs en bois le long de la colonne vertébrale ou sur le ventre ; les effets obtenus ont été comparés à ceux de l'aimantation ou de la métallothérapie. Pour M. Vigouroux, Legrand du Saulle et autres, l'électricité statique l'emporterait même sur les métaux et sur l'aimant.

En général, à la suite de quelques séances, les malades dorment mieux, mangent davantage, ont une sensibilité plus stable ; puis les crises s'espacent, diminuent d'importance et même disparaissent. — On a pu guérir des contractures avec l'électricité statique aussi bien qu'avec l'aimant, en suivant la même méthode, c'est-à-dire, en produisant à plusieurs reprises le transfert momentané de l'accident vers le côté sain. — M. Vigouroux a même pu faire disparaître la toux hystérique, la chorée, le blépharospasme, et même deux fois le délire hystérique. — On peut donc reconnaître, avec M. Grasset, que le système nerveux dans sa totalité semble heureusement modifié.

A tout point de vue, Legrand du Saulle compare ce moyen à l'hydrothérapie ; mais M. Grasset paraît donner la préférence à la méthode par l'eau, dont l'électricité statique ne serait « qu'un excellent adjuvant ».

Les autres modes d'électricité peuvent aussi être employés, à condition d'être appliqués d'une manière générale sur le corps tout entier ; il en est ainsi de la faradisation générale,

la galvanisation générale, la galvanisation centrale et même le bain électrique.... Le principe de ces diverses méthodes est exposé dans un passage du *Traité d'électrothérapie* de Erb.

« Pour la *faradisation générale* d'après Beard et Rockwell, le malade étant presque complètement déshabillé ou très légèrement vêtu, on l'étend sur un tabouret et on place ses pieds nus sur une très grande électrode en forme de plaque revêtue de la manière ordinaire et bien humectée, ou sur un plat rempli d'eau tiède : elle communique avec le pôle négatif. Le pôle positif est formé de la main humectée du médecin, qui prend l'électrode dans l'autre main et fait passer le courant à travers son propre corps, ou encore d'une grande électrode formée d'un épais bonnet-éponge de cinq à huit centimètres de diamètre : c'est avec cette électrode qu'on met successivement toutes parties du corps, autant que possible, en contact. On commence par le front, en le faisant traverser, ainsi que les tempes, d'un courant nettement sensible ; on passe ensuite au vertex, où le pôle positif séjourne assez longtemps ; ensuite, avec un courant un peu plus fort, on traite la région de l'occiput et de la nuque ; après quoi, avec une force de courant encore plus grande, on promène l'électrode de haut en bas pendant quelque temps, le long de la colonne vertébrale, pour agir spécialement sur la moelle épinière ; elle peut séjourner un peu plus longtemps sur différents points, sur des apophyses épineuses douloureuses, sur un foyer de maladie ; vient ensuite la faradisation du cou (avec un courant plus faible) pour exciter le sympathique, le pneumogastrique, le phrénique et les muscles du cou ; plus loin on faradise la région antérieure de la poitrine, surtout celle du cœur, puis l'abdomen, avec des courants plus énergiques ; le pôle positif peut, en ce moment, rester fixé sur l'épigastre pour atteindre le plexus coeliaque, puis promener lentement par-dessus tout le ventre pour exciter l'activité intestinale et les muscles de l'abdomen ; enfin entre en ligne une excitation

énergique des muscles de la peau du dos et de toutes les quatre extrémités: l'électrode est proménée avec des pressions énergiques sur toutes ces parties, particulièrement sur les troncs des nerfs principaux et sur les muscles, avec un courant assez fort pour que, partout, se produisent des contractions musculaires vives et énergiques, et que tous les muscles soient exposés, autant que possible plusieurs fois, à l'action excitante du courant; on peut ensuite terminer par un traitement réitéré et de peu de durée de la moelle épinière. Toute cette manœuvre doit durer de dix à vingt minutes et varier naturellement d'intensité et de durée, dans sa localisation spéciale, chez les différents individus et les formes des maladies les plus diverses. » (Erb.)

« Remplacez dans la même description, dit M. Grasset, le courant faradique par le courant galvanique, et vous avez la galvanisation générale, d'après Beard et Rochwell; les effets seraient identiquement les mêmes. »

La galvanisation centrale de Beard « consiste à poser sur l'épigastre un grand pôle négatif en forme de plaque, tandis que le pôle positif est appliqué au moyen d'une grande électrode-éponge ronde, sur la tête, les sympathiques et tout le long de la colonne vertébrale, pour agir sur tout le système nerveux central, sur le vague et sur le sympathique. — Avec un faible courant (de deux à huit éléments,) on commence par frotter le front, d'une extrémité à l'autre, doucement, puis le centre du crâne, la région du vertex, juste entre les oreilles, à laquelle Beard attache une importance spéciale, et que l'on occupe l'espace d'une à deux minutes. Le pôle positif est ensuite proméné de haut en bas pendant une à cinq minutes, des deux côtés, le long du sympathique, du cou et des pneumo-gastriques; enfin, de la même manière, pendant trois, quatre, cinq et six minutes, on frotte toute la colonne vertébrale, lentement, de haut en bas, en tenant compte spécialement du cou. »

On trouvera également la technique des *bains électriques* dans le livre d'Erb, ce qui n'enlève rien à la critique de M. R. Vigouroux.

L'électricité est donc un moyen, dont il faut s'abstenir comme perturbateur au moment des accès ; — on peut y avoir recours pour reconstituer la nutrition de quelques parties, pour ramener la sensibilité des surfaces anesthésiées et même le mouvement des muscles contracturés ou paralysés ; — mais il ne semble pas que ce moyen rende des services spéciaux, lorsque l'hystérie est secondaire d'une métr-o-ovaro-salpyngite.

Métalloscopie et Métallothérapie.

La MÉTALLOTHÉRAPIE a été découverte par Burq (thèse inaugurale, Paris, 1853), discutée à la *Société de biologie*, vingt-cinq ans plus tard (1877-1878), après deux rapports d'une Commission composée de Charcot, Luys et Dumontpallier ; il serait injuste de la laisser retomber dans un nouvel oubli.

Cette méthode sert à combattre les anesthésies.

Quand on applique une plaque métallique seule, ou bien un bracelet composé par la juxtaposition d'une série de plaques métalliques, sur la peau d'une hystérique hémianesthésique, la sensibilité revient en même temps que la force musculaire augmente, que la température s'élève, et que la circulation devient plus active : c'est la « *métalloscopie* » (Burq).

Tous les métaux ne produisent pas ces effets chez une même malade ; une hystérique est *sensible à un métal* donné, quelquefois à deux ou même trois, (argent, zinc, fer et surtout or ou cuivre).

Cette sensibilité métallique est en général fixe, constante et toujours la même pour la même malade. On l'a vue cependant varier quelquefois. Après des applications répétées, après une perturbation par l'électricité, elle peut disparaître. Elle disparaît également souvent à l'approche des grandes attaques.

Le phénomène ainsi développé est transitoire; qu'on laisse ou non les métaux appliqués sur la peau, on voit au bout d'un certain temps la sensibilité disparaître de nouveau dans les mêmes points: c'est l'*anesthésie de retour*.

En même temps que la sensibilité, générale et spéciale, reparait dans une région anesthésiée, elle disparaît dans la région symétrique. C'est là le phénomène du *transfert*, (Dumontpallier) constaté d'abord par Gellé pour l'ouïe.

De plus, avant que l'anesthésie de retour s'établisse d'une manière définitive, on observe des oscillations successives (Charcot et P. Richer) en nombre variable, (parfois 10, 12 et plus), que l'application métallique soit ou non continuée.

Si une hystérique est guérie de son hémianesthésie et qu'on réapplique le métal auquel elle était sensible, l'anesthésie reparait (Charcot). Cette anesthésie métallique ou post-métallique apparaît au point d'application, puis s'étend de là à tout le corps, en suivant pour cela une marche singulière; elle débute par quatre points symétriques, parmi lesquels celui qui est le point d'application. L'anesthésie provoquée ou métallique a une valeur diagnostique et pronostique; Charcot a constaté que cette facilité de développer l'anesthésie diminue chez les malades à mesure que l'hystérie s'affaiblit.

On développe la même série de phénomènes, si, chez une hystérique hémianesthésique, on applique le métal sur le côté sain, au lieu de l'appliquer sur le côté anesthésié. Cette manière de procéder a même réussi dans certains cas où l'expérience fondamentale avait échoué. (Grasset.)

L'anesthésie n'est pas la seule manifestation hystérique modifiée par les applications métalliques.

De la même manière, des paralysies, des contractures, des attaques convulsives, l'état hypnotique et la catalepsie, peuvent être provoqués, transférés par les métaux. On peut, d'après Charcot, mettre ainsi en évidence différents états pathologiques, dont les conditions sont présentes chez le sujet.

D'une longue série d'expériences, M. Vigouroux a conclu que l'action d'un métal actif est perturbée par un second métal inactif, placé sur le même membre, à quelque distance du premier. En réalité, le métal neutre n'annule pas l'effet du métal actif. Il immobilise l'état d'innervation tel qu'il est au moment où on l'applique. Il rend durable l'état de transfert ou l'état primitif, suivant que la superposition est faite dans l'un ou l'autre de ces états. Ces observations permettent de transformer la *métalloscopie* en métallothérapie externe.

Quand la métalloscopie a révélé la sensibilité de la malade à un métal particulier, on peut essayer ce métal à l'intérieur : chlorure d'or et de sodium pour l'or, nitrate d'argent pour l'argent, etc. Ce moyen a réussi quelquefois : c'est alors la vraie métallothérapie, qui s'adresse bien à l'élément névrose que nous étudions dans ce paragraphe.

La *métallothérapie interne* consiste à administrer à l'intérieur une préparation saline du métal auquel l'hystérique a été trouvée sensible ; elle paraît bien avoir donné quelques résultats dans un certain nombre de cas. — M. Grasset rappelle cependant que c'est là le fait le plus contesté des innovations de Burq, et ne pas rendre solidaires l'une de l'autre la métalloscopie et la métallothérapie interne.

On a rapproché de ces applications métalliques les courants continus faibles, l'électricité statique, LES SOLÉNOÏDES, LES AIMANTS : avec LE GROS AIMANT DE CHARCOT, on détermine les mêmes phénomènes décrits plus haut.

M. Grasset engage même à commencer ordinairement par ce moyen : quand une hystérique est sensible à un métal quelconque, elle est ordinairement influencée par l'aimant (1).

(1) C'est vers la fin du XVIII^e siècle qu'un rapport d'Audry-Thouret a fait connaître à la Société royale de médecine, les premiers résultats obtenus par le fer aimanté.

Maggiorani a repris la question plus récemment, mais ce sont

Si donc, chez une malade, l'aimant échoue, on n'a pas toujours besoin d'essayer la longue série des métaux. Seulement il faut se rappeler qu'il est nécessaire d'employer toujours un très fort aimant. (Grasset.)

Des disques de bois réussissent aussi dans certains cas. — Hugues Bennett a fait disparaître une anesthésie, en appliquant des disques de bois sur la peau ; il a même donné du quassia à l'intérieur pour compléter le traitement. — Westphal a obtenu des résultats analogues avec des jetons en os et en ivoire. — Dujardin-Beaumetz et Jourdain ont repris cette étude de la XYLOTHÉRAPIE. Les plaques de bois directement appliquées sur la peau rappelleraient la sensibilité, chez les malades anesthésiques, plus promptement que les métaux.

Tous les bois n'agissent pas avec la même intensité ; on peut les classer, au point de vue de l'efficacité de leur action, dans l'ordre suivant : quinquina, thuya, bois de rose, acajou, pitch-pin, noyer, érable, pommier ; on n'obtient aucun effet sensible avec le peuplier, le frêne, le palissandre et le sycomore ; (le marbre, la pierre ne donnent aucun résultat).

Dans aucun cas, il n'y a eu de transfert ; le retour de la sensibilité a toujours été très fugace. La température de la plaque de bois ne modifie en rien les résultats.

M. Grasset, en 1880, ajoute *les vésicatoires* à cette liste des œsthésiogènes. Il a étudié avec Blaise, l'évolution de la sensibilité dans ces cas ; il a constaté le fait curieux de la marche de la sensibilité *par segments de membre et non par territoires*

MM. Proust et Rollet (*Journal de thérapeutique*, 1879), Debove (1880) qui ont apporté le plus de méthode dans ces études.

L'aimant paraît agir au même titre que les métaux, mais avec une plus grande rapidité et une plus grande énergie ; il en est ainsi, non seulement pour les anesthésies et les paralysies, mais surtout pour les contractures.

nerveux, comme on l'a observé ensuite dans les hystéro-traumatismes (1).

M. H. Huchard, en 1881, a obtenu des résultats très comparables, au moyen des *injections hypodermiques de nitrate de pilocarpine* (2).

On a aussi essayé à la Salpêtrière, avec le même succès, les vibrations sonores d'un DIAPASON.

Pour avoir l'action locale, on fait appuyer la main sur la caisse de résonnance ; pour l'action générale, on place la malade sur la caisse même de résonnance. On fait ainsi disparaître les anesthésies, etc.

Les mêmes résultats sont obtenus des agents thermiques. MM. Regnard et Vigouroux ont obtenu des transferts, des anesthésies, des contractures provoquées, etc., avec le *froid*. Therme a montré que l'eau à 8 ou à 38 degrés peut, suivant les sujets, remplacer les métaux sensibles.

Forget, en 1847, insiste également sur le froid usité dans l'Inde et en Amérique, (au dire des Chalmers), en Angleterre, en Écosse, en Irlande, surtout depuis Floyer. On peut l'employer en boissons, en bains, comme le faisait Pomme.

(1) Deux caractères particuliers distingueraient cette action cesthésiogène dans les anesthésies hystériques et dans les anesthésies organiques.

Dans ces dernières, il n'y a pas de transfert et l'effet est permanent ; dans les premières, au contraire, il y a transfert et oscillations successives et retour définitif à l'état antérieur. Cette règle, vraie dans la majorité des cas, n'est cependant pas absolue. M. Vigouroux et d'autres ont vu le transfert dans des cas d'origine organique ou toxique. MM. Proust et Rollet et d'autres ont vu aussi, dans des cas analogues, les effets n'être pas permanents et augmenter de durée après chaque nouvelle application. D'autre part, M. le prof. Debove a montré qu'on évite le transfert et qu'on obtient des guérisons chez les hystériques par l'aimantation bilatérale et prolongée (Grasset).

(2) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1881

Cet auteur faisait rester ses malades dans le bain depuis six jusqu'à vingt-quatre heures,... et encore, parce qu'il ne pouvait obtenir qu'elles y restassent davantage ! « Je ne pus obtenir que dix heures de bain, dit-il en parlant d'une de ses malades, je voulais qu'elle restât dans l'eau jusqu'à la guérison (I-222) » Pomme excluait systématiquement l'usage des eaux minérales; il ne voulait admettre que les bains domestiques.

Avant Pomme, les bains prolongés étaient déjà recommandés dans l'hystérie, car Fabrice de Hilden parle de malades qu'il a vues à Pteffers, rester dans le bain jusqu'à entière guérison. (*Traité complet de l'hystérie*, par H. Landouzy. Paris, 1846, p. 297.)

Le froid a aussi été employé en lotions, en pédiluves, en lavements « par tous les bons praticiens, n'en déplaise à l'hydrothérapie... » (Forget). Les lavements froids ont été préconisés par Foville, en commençant par une température de 14° à 15°, puis à une température successivement abaissée jusqu'à 0° ; « ils produisent, remarque Landouzy, dans l'hypogastre, une sédation des plus favorables à la guérison, surtout lorsqu'une hyperémie de l'utérus et des ovaires ne paraît pas étrangère à la maladie. » (p. 298).

L'eau glacée a elle aussi une action sédative. L'ingestion de glace pilée, l'application épigastrique d'une vessie remplie de glace sont utiles contre les vomissements et le hoquet. Cruveilhier, on l'a déjà vu, faisait boire à ses malades plusieurs verres d'eau froide à la régale. Briquet prescrivait la glace pilée et avalée par cuillerées à bouche.

L'HYDROTHERAPIE est, d'après M. Grasset, un agent complexe qui peut, quand on sait la manier, produire dans l'hystérie les effets les plus divers et en apparence les plus opposés. — L'eau est, suivant les cas, un moyen de sédation ou d'excitation, de perturbation ou de tonification.

Les *bains tièdes prolongés* sont de très bons agents de sédation à employer contre tous les phénomènes d'excitation.

Pomme en faisait un fréquent usage et regrettait que la journée n'eût pas plus de vingt-quatre heures, afin de les prolonger davantage.

Charles Lepois conseillait déjà les bains : *Balnea naturalia præsertim in affectionibus hystericis utilia habentur* (p.158),

Fabrice de Hilden avait déjà vu à Pteffers, des hystériques rester dans le bain jusqu'à entière guérison.

Bernutz « a vu à la Piété, disparaître graduellement en deux mois, sous l'influence de ces grands bains, de six heures chaque jour, des attaques cataleptique, datant de 7 à 8 mois, qui, au début du traitement, avaient lieu chaque jour, parfois même se répétaient deux fois et duraient plusieurs heures. La guérison de la jeune fille, (chez laquelle l'hystérie aiguë avait eu pour cause déterminante le chagrin violent qu'elle avait ressenti de la mort de sa mère), était assez complète, quelques mois après la sortie de la malade de son service, pour qu'elle ait pu embrasser la vie religieuse qu'elle désirait vivement. — La balnéation en comprenant sous ce nom, non-seulement les bains chauds soit d'eau simple, soit alcalins, soit sulfureux, artificiels ou naturels, mais aussi l'hydrothérapie sous toutes ses formes, constitue, suivant Bernutz, (associée aux narcotiques et aux exercices en plein air, graduellement augmentés pour ne pas dépasser un commencement de fatigue), le traitement — le plus efficace — du fond de l'hystérie. — L'hydrothérapie, de préférence dans les établissements spéciaux, (où elle est bien mieux administrée), est surtout indiquée chez les malades dont on a besoin de remonter la constitution et qui sont capables d'une réaction suffisante. — Il en résulte qu'il faut, chez celles qui ne sont pas dans ce cas, la faire précéder pendant un temps plus ou moins long, par l'usage : de bains sulfureux chez les sujets les plus affaiblis, et peu irritables; de bains alcalins, quelquefois en même temps légèrement aromatiques, chez les

femmes plus irritables ; enfin les bains simples chez celles qui sont d'une impressionnabilité excessive. — La nécessité d'une réaction suffisante après le bain et d'une tolérance pour ces bains de la part des malades, rend, on peut dire, très difficile le choix des stations thermales, très multiples et très diverses, auxquelles on peut envoyer les hystériques. Bernutz signale des malades ne se trouvant bien d'aucune station, bien qu'en proie à des accidents comparativement légers par rapport à ceux que présentaient celles qui étaient amendées à Nérès ou autres stations (1).

Il faut, comme pour l'hydrothérapie, et même plus que pour celle-ci, que les hystériques soient capables d'une réaction suffisante, et peu irritables, pour qu'on leur conseille les bains de mer, — sans quoi, au lieu de leur être utiles comme on le voit souvent, ils leur seront nuisibles ; la contre-indication

(1) Les stations d'eaux minérales sont des adjuvants précieux dans le traitement de l'hystérie. Le déplacement, le changement de milieu, les distractions et la confiance, constituent déjà de puissants éléments de médication ; mais ce ne sont pas les seuls. Il y a des eaux minérales qui conviennent très bien aux hystériques.

Chimiquement, ce sont des eaux très peu minéralisées, appartenant à ce groupe qu'on a irrévérencieusement appelé groupe des eaux indifférentes ou indéterminées. Il est certain que leur composition n'explique que très incomplètement leurs succès. Ce sont des eaux sulfatées-calciques, ferrugineuses, gazeuses, mais, surtout faiblement minéralisées. Elles sont chaudes ou tièdes. On les administre sous forme de bain (piscines ou baignoires), en général à eau courante, quelquefois sous forme de douches. Dans tous ces établissements, on peut aussi faire de l'hydrothérapie.

Les stations principales sont, par ordre alphabétique : Bagnères de Bigorre, Lamalou, Nérès, Plombières, Ragatz. Le pays de Bigorre est particulièrement calmant (Salut) avec une note tonique (Salies). Lamalou est également tonique (Capus) avec une indication antirhumatismale plus particulière (sources du bas). Nérès est plus exclusivement calmant, avec ses bains prolongés. Plombières est mieux indiqué quand il y a un point de départ utérin ou utéro-ovarien. Avec Ragatz réapparaît l'indication arthritique (ou goutteuse). (Grasset).

s'observe surtout chez les hystériques douées d'une grande impressionnabilité.

M. Grasset conseille souvent les bains de 4, 6 ou 8 heures, à 33 ou 35°, en les préparant avec une forte décoction de tilleul ; nous aimons beaucoup l'addition de 100 à 200 grammes de sous-carbonate de soude et 500 grammes de gélatine ou d'amidon dans le bain de tilleul ou de belladone, qu'il est d'ailleurs préférable de préparer par infusion, (au lieu de décoction).

Le bain salé (avec 5 kilogrammes de sel marin ou un litre d'eaux-mères de Salies de Béarn) est beaucoup plus tonique ; il n'est pas excitant comme on pourrait le croire ; ces bains seront de quinze à vingt minutes de durée — Quand il s'agit, au contraire, de bains calmants de longue durée, il est quelquefois bon de se servir du hamac, qui est très commode, pour que la malade ne se fatigue pas dans la baignoire.

Les bains prolongés tièdes sont souvent utiles, surtout pendant la période des crises ; mais ils sont aujourd'hui peu employés, d'après Legrand du Saulle ; et leur efficacité n'est certes pas à comparer avec celle de la douche (p. 559).

D'après M. Legendre (*Concours médical*, 3 février 1894), on prescrit simultanément l'hydrothérapie, les lotions froides, ou douches en colonne horizontale, les bains sulfureux.

Dans les formes d'hystérie où prédominent les phénomènes d'excitation, on utilise plutôt l'enveloppement général dans le drap mouillé, le maillot partiel humide, la douche en pluie ou l'hydrothérapie tiède, la balnéation tiède, pour alterner avec les bains de tilleul prolongés

L'hydrothérapie est, pour M. Grasset, le moyen par excellence pour modifier le fâcheux état général du système nerveux, qui constitue la névrose hystérie. Seulement c'est un moyen plus complexe qu'il ne paraît, dont le maniement est difficile, dont les effets peuvent être opposés : c'est une vraie médication.

Le moyen le plus ordinaire, que M. Grasset conseille le plus souvent et qui réussit fréquemment est la douche froide, quotidienne, en jet brisé, sur tout le corps, sauf la tête, en insistant sur la colonne vertébrale et surtout sur les pieds en terminant, de quinze à trente secondes de durée totale. On fait aussitôt une friction sèche énergique et une promenade à la suite. Il importe toutefois d'en préciser certains détails.

La température de l'eau est une des conditions les plus difficiles à discerner. — Pour le professeur de Montpellier, ce qui fait surtout l'utilité des établissements spéciaux, c'est, en dehors de la compétence des doucheurs et des médecins, la température de l'eau. A l'automne et au printemps, on a de l'eau froide partout ; mais en été, il n'en est plus ainsi. Et, il faut se le rappeler, l'action est d'autant plus énergique et la réaction se fait d'autant mieux, que l'eau est plus froide.

Malgré la sensation de brisement et de lassitude, que les premières douches entraînent souvent, il faut insister pour qu'elle soit prise tous les jours.

La thérapeutique de l'hystérie doit toujours, pour être efficace, s'émanciper des sensations des malades. La discussion doit être écartée de la conduite de l'hydrothérapie. Le procédé qui vaut le mieux c'est le jet brisé, qui est moins énervant que la pomme d'arrosoir et moins percutant que le jet direct, (surtout quand la pression est un peu forte) : on peut le diviser avec le doigt ou avec l'ajutage en éventail. Il faut habituellement laisser la tête en dehors ; on peut même la recouvrir d'un casque ou même d'un bonnet de toile cirée.

La douche en pluie paraît exceptionnellement indiquée.

La malade pivote une fois devant le doucheur, puis lui tourne définitivement le dos, et la douche s'achève le long de la colonne vertébrale et sur les pieds.

La durée de la douche doit être très courte : la réaction se fait mieux dans ces conditions ; et l'effet tonique est infiniment supérieur.

Il faudrait des circonstances exceptionnelles pour faire recoucher la malade après la douche. Il vaut beaucoup mieux la faire frictionner, quelquefois même masser, et ensuite promener : c'est la réaction personnelle, qui est ainsi faite et qui est la plus efficace.

Il faut, dès le début, prévenir la malade que ce traitement sera fort long et qu'il devra être continué pendant de longs mois et pendant des années, alors même qu'il produirait très rapidement les premiers effets attendus. — L'hydrothérapie doit entrer définitivement dans la vie ordinaire de l'hystérique. Cette considération est capitale pour la détermination du lieu où doit se faire ce traitement.

M. Grasset pose en principe, que l'hydrothérapie est incomparablement meilleure dans les établissements spéciaux qu'à domicile ou dans les établissements des villes. Il est donc excellent de prescrire un et même deux séjours par an, de trente à quarante-cinq jours chacun, dans un établissement comme Divonne (Ain), Lafoux (Gard) ou Saint-Didier (Vaucluse). Mais cela ne suffit pas.

Il faut que, revenue chez elle, la malade continue l'hydrothérapie, soit dans les établissements de ville, soit à domicile. — Pour cette dernière installation, les appareils ordinaires et le tube anglais sont bien défectueux et douchent presque toujours la tête. Mieux vaut avoir simplement son réservoir d'eau à hauteur d'étage (4 à 5 mètres), un tuyau descendant jusqu'à 1 mètre du sol, à ce niveau un ajutage horizontal et un manche comme pour l'arrosage des gazons ou des boulevards. Une femme de chambre est facilement dressée à donner la douche ; l'essentiel est de lui apprendre à la donner courte. — Ceci ne veut pas dire que cette hydrothérapie puisse valoir celle des établissements spéciaux, mais c'est le complément nécessaire. Il est pratiquement impossible (dans la majorité des cas) d'obtenir un séjour dans les établissements supérieur à trois ou quatre mois par an ; il faut prescrire ce séjour, mais il est

insuffisant; c'est pourquoi il faut continuer chez soi pendant tout le reste de l'année. A peine, dans les climats très froids, est-il permis de suspendre pendant un mois ou deux au plus fort de l'hiver.

Une fois habituée, la malade elle-même réclame sa douche par tous les temps et ne peut plus s'en passer. Cela finit par faire partie intégrante de sa toilette quotidienne : c'est une sorte d'habitude qu'il faut savoir obtenir.

Il y a des procédés hydrothérapiques qui sont, ou paraissent, plus simples et plus faciles à organiser que la douche : les lotions, les affusions, ou le drap mouillé.

On trempe une éponge dans l'eau, on l'exprime pour qu'elle ne coule pas l'eau, et on la promène rapidement par tout le corps ; on enveloppe la malade dans un peignoir-éponge ou dans un drap bien sec, on la sèche et on la frictionne, puis on l'aide à s'habiller rapidement, et elle va se promener.

Ou bien on mouille une grosse éponge de voiture et on l'exprime sur les épaules ou sur la tête de la malade soit à la fin d'un bain, soit directement au saut du lit ; on assure la réaction comme après la lotion.

Ou encore on trempe un drap dans l'eau froide, on le tord fortement de manière qu'il ne soit plus que mouillé, on en enveloppe la malade dépouillée de ses vêtements et on le lui sèche dessus par des frictions et une sorte de massage, qui sont du reste fort fatigants pour les personnes chargées de l'opération. Pour M. Grasset, ce sont là des procédés d'attente, de préparation, de transition, qui ménagent la susceptibilité de l'hystérique, l'habituent à l'eau froide et peuvent ainsi rendre des services, mais qui, dans la très grande majorité des cas, ne peuvent et ne doivent pas remplacer la douche.

Il faut convenir cependant que la douche froide ne convient pas indistinctement à toutes les hystériques. Il y a toute une catégorie, importante et nombreuse, de ces malades, que l'eau froide excite et qui ne peuvent pas la supporter. Il importe de tenir grand compte de semblables susceptibilités.

Avant de renoncer à ce moyen thérapeutique, il faut d'abord s'assurer que l'intolérance est bien réelle..... Avec les hystériques il ne faut croire que ce que l'on voit. Quoi qu'elles puissent redouter d'après les désastreux effets de l'hydrothérapie antérieure, il faut toujours essayer ; après les premiers essais on ne s'arrêtera pas aux sensations plus ou moins pénibles accusées par la malade ; on continuera et on n'arrêtera que si on constate par soi-même la réalité des mauvais effets de l'hydrothérapie froide.

Ce départ une fois fait, il y a encore les hystériques qui supportent mal l'eau froide d'emblée, mais que l'on peut y habituer. On commence par des lotions tièdes, on abaisse progressivement la température ; de la lotion froide on passe à la douche tiède ; enfin on arrive peu à peu à la douche froide, qui est alors bien supportée.

Il y a là une question délicate de tact et de mesure dans chaque cas particulier.

Mais il y a aussi (il est impossible de le nier) un certain nombre d'hystériques, qui, même avec ces précautions et ces transitions insensibles, ne peuvent pas supporter l'eau froide. Il faut savoir le reconnaître et les traiter sans recevoir à l'eau froide. (Grasset).

Attitude en présence des hystériques.

Les obscurités qui pèsent sur la nature de l'hystérie — et les difficultés d'un traitement complexe et peu fidèle — obligent le médecin à se placer dans les conditions les meilleures pour avoir quelque chance de rendre à sa malade de réels services.

La condition préalable est d'extraire la malade de son milieu habituel, non par une séquestration véritable, mais par une vraie séparation d'avec les siens. — Il faut la placer dans un milieu tout nouveau, où l'autorité médicale s'exerce exclusivement, sans contrôle de la famille. — C'est un

élément de succès ; Charcot, avec beaucoup de raison, a provoqué fortement l'attention sur ce point : il a, en effet, une très grande importance.

« Dans sa famille, écrit M. Grasset, l'hystérique est souvent entourée d'affection, mais d'une affection mal comprise, inintelligente, exagérée ; — de plus, le milieu où la névrose s'est développée est, par lui-même, un excellent terrain de culture pour cette névrose, si je puis m'exprimer ainsi.

» L'hystérique est trop fréquemment l'esclave de ses sensations, qui sont la cause de tous ses maux et le mobile de tous ses actes ; ces sensations faussent constamment le tableau vrai de la maladie et entravent perpétuellement le traitement. Il est impossible que la famille fasse abstraction complète de ces sensations ;... et toujours, (c'est un fait d'expérience), l'hystérique gouverne plus ou moins consciemment, tant qu'elle est chez elle au milieu des siens. — Or, pour que le traitement réussisse, il faut, au contraire, que la malade et son entourage abdiquent absolument et définitivement toute direction, toute intervention même dans la direction. — Le médecin doit seul commander le détail, comme l'ensemble, du traitement et même de la vie quotidienne. Il est indispensable en d'autres termes que l'hystérique soit complètement et constamment dans la main du médecin. — Il n'y a pas jusqu'à la compassion bruyante, à la pitié expansive, que provoque l'hystérique chez les siens, qui ne soit un élément de culture pour la névrose.

» Je pourrais développer encore ces arguments, ajoute M. Grasset, mais la meilleure raison à donner, celle qui remplace toutes les autres, est le témoignage même de l'observation clinique.

» Tous les jours on voit des hystériques, (qui ont continué à être malades, malgré des traitements très appropriés dans la famille,) guérir, quelquefois même rapidement, quand les

mêmes traitements sont appliqués dans un milieu nouveau, hors de la famille, sous la surveillance directe et incessante du médecin.

» On éprouve naturellement de très grandes résistances, quand on formule une prescription pareille ; on perd quelquefois des clients quand on insiste.... Mais ceci est le bien petit côté de la question pour un médecin honnête. — Il faut insister et ordonner. — Les parents, les mères surtout, objectent toujours qu'on va tuer la malade, que leur fille ne peut pas se passer, d'elles. Ceci est une erreur absolue. Il est péremptoirement démontré — par les faits — que les hystériques, après un peu de désolation plus bruyante que prolongée, se résignent fort bien à leur nouveau genre de vie. Charcot cite des exemples remarquables de la chose ; nous en avons vu aussi, ajoute M. Grasset. Le vrai sacrifice est, non pour la malade, mais pour la mère, pour les parents. Ceci est réel, il faut le leur dire,..... mais ils sont toujours disposés à se sacrifier pour leur enfant.

» On insistera donc pour que la malade soit placée dans un établissement spécial, où ses parents la laisseront seule (ceci est indispensable). — Ces établissements spéciaux sont malheureusement trop peu nombreux ; la plupart des maisons d'hydrothérapie, ayant un médecin consciencieux à leur tête, peuvent très bien servir dans ce but. (Je profite de l'occasion pour signaler et regretter cette lacune considérable de notre organisation hospitalière : nous manquons absolument d'asiles spéciaux pour les névrosés non aliénés, ou du moins il n'y en a pas à la portée de toutes les bourses. C'est là un vrai *desideratum* que l'avenir supprimera.) — Mais, en attendant, les établissements d'hydrothérapie peuvent en général remplir cette mission ; et le médecin doit prescrire l'isolement des hystériques dans ces maisons, *non comme un détail secondaire, mais comme un élément capital du traitement.* » (Grasset.)

Nous avons, comme tant d'autres, une série de faits à l'appui de cette méthode préconisée depuis longtemps par Weir Mitchell, en même temps que par Charcot ; mais il y faut surtout insister lorsqu'il s'agit des enfants ou des adolescents.

Lorsque le directeur de la maison de santé est un médecin rompu au traitement des névroses, il faut savoir livrer l'enfant à sa direction absolue. On lui voit alors exercer une suggestion à l'état de veille, tantôt par ses paroles, tantôt par son attitude, le plus souvent par son personnel, et toujours dans le sens contraire aux fâcheuses influences exercées antérieurement par l'entourage, trop bon et inconsciemment nuisible de la malade. La suggestion à l'état de veille est surtout conduite, tenace et habilement masquée, en contradiction avec les auto-suggestions qui dévoyaient l'état psychique de la malade avant son isolement.

Bien des fois on a vu des malades, connues pour une paralysie, une contracture, ou autre infirmité depuis des mois ou des années ; une guérison subite ou insuffisamment explicable eût été un désaveu de leur passé ;... elles se persuadent et s'auto-suggestionnent qu'il n'est pas possible de guérir et parviennent à se convaincre soi-même ; leur milieu de vie antérieure les suggestionne, pour ainsi dire, de conserver leur infirmité. — Lorsqu'il ne leur reste plus personne de l'entourage qui les a jadis connues, elles n'ont plus de motifs de se refuser à reconnaître une guérison dont d'autres ont antérieurement bénéficié dans le même établissement d'hydrothérapie. Et après un certain temps d'indécision, après des résistances, dont personne n'est dupe dans l'entourage nouveau, la fatigue survient, et en même temps l'ennui et une sage raison. Une autre manière d'amour-propre intervient ; et, pour éviter une autre sorte de ridicule, pour être comme les autres personnes de ce milieu définitivement adopté, peu à peu la malade se laisse aller à ne plus parler de sa maladie antérieure ; elle laisse dire son amélioration et

enfin se résigne à s'avouer guérie : le milieu de l'établissement d'hydrothérapie suggestionne dans le sens opposé aux erreurs du milieu de vie antérieure. — L'isolement est en effet un moyen vraiment merveilleux contre l'anorexie, contre les vomissements incoercibles, contre certains spasmes toniques des hystériques. »

« Lorsqu'on est médecin d'une hystérique, écrit Legrand du Saulle, on ne saurait perdre de vue que beaucoup des accidents somatiques ont un lien étroit avec l'état psychique. — Si l'on est persuadé, par exemple, que le désir d'intriguer les médecins, ou le besoin irrésistible d'être l'objet des préoccupations constantes de sa famille, ne sont pas étrangers chez la malade à l'interminable durée de certaines manifestations, on devra paraître ne pas y attacher une importance extrême. L'indifférence de l'entourage sera souvent plus utile qu'une excessive sollicitude, et on ne s'efforcera pas d'obtenir par des supplications répétées qu'une hystérique atteinte d'anorexie consente à prendre des aliments.

On se rappellera dans ces cas, que, suivant l'expression de M. Lasègue, « l'excès d'insistance appelle l'excès de résistance ».

« Nous devons donc, assure Legrand du Saulle, insister sur la nécessité de l'isolement de la malade dans les cas graves. Il faut toujours, dans l'espèce, se méfier de la sollicitude des parents, particulièrement de la mère, qui se résout difficilement à traiter la jeune fille malade avec cette sorte de rigueur tempérée, qui est ici nécessaire. Voilà pourquoi il est souvent indispensable d'éloigner complètement l'hystérique de sa famille dans un établissement hydrothérapique. Le succès du traitement, la rapidité de son action tout au moins, sont au prix de cette séparation, à laquelle les parents se résolvent d'habitude assez aisément. » (p. 571-572).

A une époque encore peu éloignée, les méthodes de douceur

étaient, pour certains cas du moins, considérées comme une sorte de résignation. — P. Briquet ne connaissait : « aucun moyen capable d'avoir de l'influence sur la contracture permanente des hystériques et les convulsions permanentes ; on ne peut, fonder quelqu'espérance, que sur la diversion morale, d'après lui, ou sur le rétablissement d'un accident hystérique existant auparavant et qui aurait disparu. »

Charcot a été à peu près du même avis ; et Bernutz, qui s'inspire des mêmes idées, se montre ému des guérisons subites, qui se sont produites sous l'influence d'une accusation de vol, et sous l'influence d'une semonce vive sur deux malades de Charcot. Ce sont pour lui des arguments pour justifier les médications analogues, qui ont pour but de frapper vivement l'imagination des malades.

Guéneau de Mussy, Fernet et d'autres ont fait subitement disparaître des paralysies, ou une chorée hystérique, à l'aide de pilules composées de *mica panis* et dites « fulminantes. » Nous connaissons, à Lille, un service de clinique, où cette formule a donné plusieurs fois de publics et très remarquables succès.

D'autres donnent pendant dix jours consécutifs quatre pilules, dont chacune se compose de : bleu de méthyle, un centigramme ; mica panis, quantité suffisante pour une pilule ; ils font conserver les urines et insistent beaucoup sur l'énergie, d'ailleurs imaginaire, du médicament, qui colore les urines en bleu et impressionnent par là l'imagination de la malade et de son entourage. — Dans le même but, Barwell appliquait un séton filiforme. — Bouchut rapporte avoir guéri une paralysie ancienne en faisant mettre le feu au lit de la malade.

Ce genre de médication, assez fréquemment appliqué dans les hôpitaux, a été aussi employé dans la pratique civile par Récamier. — Le célèbre professeur a parfois réussi, au moyen de prescriptions d'apparence bizarre. — Une de ses clientes était affectée de parésie des membres inférieurs ;

il la fait promener dans son hôtel, précédée ou suivie d'un tambour battant la charge : elle a parfaitement guéri. — Il a placé une autre dame atteinte d'aphonie hystérique dans un coin de sa chambre et la bouche ouverte ; il s'est mis dans le coin opposé, armé d'une seringue, à injection remplie d'un liquide glacé, dont il dirigeait le jet à travers toute la pièce. Quelle que fut l'adresse de Récamier, le jet ne devait, observe Bernutz, arriver que difficilement à destination ; il devait inonder le visage et les vêtements de la patiente : elle guérit.

Il existe dans la science, dit à son tour Legrand du Saulle, un assez grand nombre de faits de cet ordre. Le médecin doit les connaître afin d'avoir recours, le cas échéant, à une méthode de traitement, qui peut réussir là où les autres ont échoué. (p. 573).

Cependant, il faut, pour que ce genre de médication puisse être tenté, que le médecin soit sûr de l'assentiment de la famille. — Bernutz pense que le médecin doit en avoir la certitude sans prendre le soin de s'en enquérir dans la crainte de l'indiscrétion de personnes instruites de son dessein. — Il faut surtout la certitude d'inspirer une confiance illimitée à la malade ; il faut que celle-ci soit convaincue que son médecin croit à la réalité de ses maux et ne les considère pas comme imaginaires, sans quoi, la tentative échouerait presque certainement ; et l'échec accroîtrait l'état, déjà si pénible, de la malade, par le dépit qu'elle concevrait qu'on ait pensé à y avoir recours. (Bernutz). (1)

(1) L'indication est formelle, non seulement pour rendre au plus vite les hystériques à la vie commune, mais pour empêcher la névrose de s'aggraver par leur action, enfin, pour obtenir qu'elle aille au plus tôt s'affaiblissant au point de ne laisser au bout de quelque temps, comme vestige de sa persistance, qu'une susceptibilité beaucoup plus grande que chez les autres sujets, à la manifestation de troubles fonctionnels, sous l'influence des moindres causes et en particulier des peines morales.

On peut bien sans doute chercher, comme le conseille Romberg, à persuader aux hystériques qu'il est nécessaire à leur guérison d'avoir plus de

L'attitude du médecin en présence d'une hystérique doit s'inspirer d'un mélange d'énergie et de douceur, d'autorité et de bonté, qui laisse relativement peu de place aux acquisitions scientifiques; elle laisse le champ plus largement ouvert aux inspirations sagaces et délicates, dans lesquelles on voit parfois exceller tout l'art du médecin qui domine sa malade par une haute fonction, et lui inspire toujours l'espoir d'une prochaine guérison.

« Les rapports du médecin avec les hystériques, écrit M. Grasset, doivent être d'une nature un peu spéciale. Nul ne peut traiter une malade de cet ordre, s'il n'a son absolue confiance; il doit la traiter avec autorité, ne pas lui permettre la discussion des prescriptions, mais ne jamais être violent, ni brutal. L'hystérique est toujours une impressionnable, et il faut tenir grand compte de ce tempérament. — Il ne faut pas accepter tout ce que la malade raconte et abonder dans son sens quand elle se plaint; il faut, au contraire, réagir et la pousser à réagir; mais il faut, avant tout, se garder de traiter

force de volonté et de ne pas se laisser troubler si profondément par les causes extérieures, surtout si on tient compte qu'elles peuvent, plus même que bien des femmes saines, avoir dans des circonstances difficiles, surtout graves, une volonté très énergique qui leur permettra d'agir comme si elles n'étaient pas malades, pendant toute la durée de leur excitation passionnée..... après laquelle elles tomberont à plat.

Mais il y a loin de là à ce qu'on puisse obtenir d'elles une force de volonté persistante, toujours en éveil et capable, pendant des années, de réprimer dans une juste limite, toutes les impressions, qui serait nécessaire à la guérison de l'hystérie. On ne peut guère espérer, chez les hystériques, relever assez par un traitement moral la volonté, — qui est pathologiquement affaiblie par la mobilité anormale qu'entraîne leur impressionnabilité excessive à toutes les influences, qui est le fond même de leur maladie; — aussi faut-il que le médecin intervienne autrement que comme moraliste.

Il a une indication primordiale à remplir : consiste à diminuer, par les différents moyens, que peuvent lui fournir, non seulement l'hygiène, mais la thérapeutique, l'impressionnabilité anormale, qui constitue la partie essentielle de l'état morbide (Bernutz)

ses maux d'imaginaires, ce qui n'est pas vrai du reste, et l'agacerait absolument. — Il est indispensable que le médecin connaisse, aussi complètement que possible, les causes morales, qui, dans chaque cas particulier, ont provoqué l'explosion de la névrose ou tout au moins en entretiennent l'évolution; et, une fois ces causes connues, il faut doucement et graduellement arriver à en contre-balancer l'effet. Que de fois, par une conversation affectueuse et suggestive, le médecin soulage mieux une hystérique, que par tous les remèdes de la pharmacopée! c'est de l'hypnotisme à l'état de veille et d'une manière en quelque sorte permanente. »

Cette partie du traitement est capitale dans la pratique; mais elle n'est qu'indiquée par M. Grasset dans son article HYSTÉRIE du Dictionnaire en cent volumes.

Dans chaque cas particulier, le médecin, qui a du tact, trouvera la note juste de l'application. Elle ne saurait être la même toujours, ni pour toutes les malades. La prudence, l'autorité, la sagesse et la mesure doivent s'y retrouver dans tous les cas.

Hypnotisation des hystériques.

La question de l'hypnotisation des hystériques a eu son heure d'agitation, surtout en 1887, 1888 et 1889. Le calme s'est fait, plus rapide qu'on l'aurait cru; et aussi le silence, devenu si complet, qu'il ressemble au dédain des uns, à l'ennui des déconvenues des autres.

On en trouve la preuve dans l'article de M. E. Brissaud, dans le *Traité de médecine* (Paris, 1894.) — L'auteur y prend pour base le système de Sydenham, qui remonte à l'impression morale vive, occasion de la première grande attaque d'hystérie. — Il en fait « l'idée fixe »; — et il y attache l'importance d'un élément, qui est, non seulement cause occasionnelle du début, mais encore cause persistante de la pérennité de la

névrose, comme l'a fait M. Babinski, dans son article « *Hypnotisme et hygiène* » de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie pratiques*, (Paris, 1891).

M. Brissaud ne conteste nullement les conditions préalables qui prédisposent à la névrose. « On sait, dit-il, qu'une impression vive, un choc moral, un traumatisme physique, qui auraient été sans conséquence sérieuse pour un sujet bien équilibré, peuvent prendre chez l'hystérique une importance considérable. L'hystérique ne sait pas mettre les choses au point. Certains faits lui échappent, d'autres prennent pour elle un caractère obsédant, sont le point de départ de véritables « *idées fixes* ». Tantôt l'idée fixe, idée consciente, s'impose tenace, impérieuse, à l'esprit débile du sujet, qui ne peut s'en affranchir; tantôt l'idée n'est pas perçue; elle reste en dehors du champ de la conscience, dans la pénombre de l'intelligence. Placée en dehors de la perception, échappant à la volonté, elle produit des associations, dont le mécanisme intime nous échappe, et dont la résultante est une manifestation hystérique. En résumé, c'est une « *idée*, » consciente ou subconsciente, qui préside aux accidents. »

M. E. Brissaud y attache la plus grande importance; il en fait la clef de toute la thérapeutique: « Trouver cette idée d'abord, la détruire ou la modifier ensuite, sont les deux actes, que comporte le traitement psychique des accidents hystériques », dit-il.

Pour bien apprécier la méthode, il faut suivre l'auteur jusque dans les détails de l'application, dont il trace, sans parti-pris comme sans défaillance, ce qui doit rester à l'état d'indications et de contre-indications.

Il n'est pas toujours difficile de découvrir « l'idée ». « Si le sujet a conscience de son obsession, s'il s'agit d'un de ces cas fréquents où une émotion banale, une frayeur ont marqué le début des accidents, si le médecin a pu inspirer confiance, la tâche est même facile. — La malade est restée sous une

impression désagréable, terrifiante ; elle ne peut chasser de son esprit le souvenir de la scène pénible, à laquelle elle s'est trouvée mêlée. De temps à autre, ses souvenirs prennent une intensité extrême..... et une manifestation hystérique éclate brusquement..... Souvent alors, la malade rappelle par ses attitudes, par ses gestes, par ses cris, les causes qui ont été l'origine de l'accident. »

Cependant, tous les médecins le savent, « la solution du problème est d'ordinaire *beaucoup plus délicate*. Les associations d'idées sont restées à l'état inconscient ; *la malade a toujours ignoré* l'idée génératrice des accidents ; et l'interrogatoire ne peut rien révéler dans les conditions normales. Parfois, les faits qui ont frappé l'imagination sont *oubliés*, sont rentrés dans le champ des phénomènes subconscients. Parfois aussi, la timidité, le respect humain, ou toute autre cause *empêchent le sujet de livrer son secret*. » Ce dernier motif n'est, ni le moins fréquent, — ni le moins respectable, — à l'hôpital aussi bien que dans la clientèle.

Cependant le sommeil neurhypnotique est un moyen connu d'exploration psychique, d'investigation du passé. « Sous l'influence de l'hypnose, la malade étend son champ de conscience et perçoit des impressions, des idées, qui, à l'état de veille, s'étaient classées sans solliciter son attention. Elle retrouve le souvenir de faits oubliés et les raconte, si on l'y invite. Enfin, *l'hypnotiseur peut imposer sa volonté au sujet et réclamer impérieusement le récit* de faits qui lui sont cachés. » — M. E. Brissaud a raison de rappeler aussi nettement la puissance singulière de l'hypnotiseur, qui a la faculté de placer son sujet en état de subordination, même à contre-cœur. — « Il ne faut pas croire cependant que l'hypnose soit un procédé infailible, et qu'il suffise de faire naître cet état particulier pour obtenir d'un patient les aveux que nécessite son traitement. — Les succès ne sont pas rares, — et les succès ne s'obtiennent souvent qu'au prix d'efforts répétés. » (E. Brissaud).

— Il faut bien tenir compte des insuccès. Il faut même serrer de près la discussion, lorsque l'éminent professeur de Montpellier fait peser dans la balance le crédit de sa personnalité, universellement respectée et sincèrement estimée.

« Il faut se garer, dit-il, dans cette question, des excès d'enthousiasme et de dénigrement, entre lesquels la science semble destinée à osciller. L'hypnotisme est dangereux, je ne le nie pas ; mais l'opium, l'arsenic et la digitale le sont aussi. L'hypnotisme est dangereux sur les sujets qui n'en ont pas besoin, ou qui sont mal disposés ; il est dangereux en des mains inhabiles ou inexpérimentées, ... mais entre les mains d'un médecin consciencieux, honnête et observateur, il peut rendre les plus grands services *thérapeutiques* ; ceci est une conviction absolument arrêtée chez moi et basée sur un nombre déjà respectable de faits. » (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1891).

On peut retenir cet aveu des dangers de l'hypnotisme, avec leurs doubles sources, du côté de l'hypnotisé d'une part, du côté de l'hypnotiseur d'autre part ; — mais nous avons le regret de nous séparer absolument de M. Grasset sur la question de son assimilation de l'hypnotisme avec l'opium, l'arsenic et la digitale.

Lorsqu'il s'agit de médicaments, les dangers peuvent être ramenés à deux ordres :

c'est d'abord une dose excessive, (et il existe un danger analogue dans l'hypnotisme ;)

c'est ensuite l'altération anatomique de l'organisme par l'accumulation de doses successives du médicament.

Sur ce dernier point, l'assimilation n'est plus possible. — Tandis que les médicaments qui s'accumulent, déterminent des troubles matériels, organiques et ne troublent que secondairement, (par le délire toxique), les fonctions plus importantes et plus graves à sauvegarder dans l'ordre psychique ; — au contraire, l'hypnotisme, par les manœuvres successivement

employées, a pour conséquence une accumulation de toute autre sorte : on n'en connaît aucune modification matérielle dans l'organisme ; on ne sait rien de son anatomie pathologique ; mais, par contre, on connaît parfaitement : les importantes diminutions de valeur psychique, l'affaiblissement de la volonté, l'inaptitude au travail, la perte de l'initiative, l'attitude d'indécision, les craintes chimériques de tout ordre, l'état de perpétuelle subordination pour l'hypnotiseur et même parfois pour toute personne qui saurait se prévaloir de lui. — Il n'existe aucun médicament, qui porte une atteinte aussi profonde à cette prérogative nécessaire, qui est « la liberté humaine ».

Par ailleurs, s'il faut se garder de dénigrer l'hypnotisme, il faut se défendre davantage encore de l'enthousiasme. C'est M. Grasset qui le prouve.

« Le moyen n'est pas applicable, dit-il, à tous les cas, d'abord parce que les hystériques ne sont pas toutes hypnotisables. Il y a un certain nombre d'hystériques, qu'on ne peut pas endormir ; *le nombre est même plus [grand]* qu'on ne le croirait, d'après certaines statistiques, celle de Bernheim, par exemple. Il me semble même, ajoute M. Grasset, sans que je puisse fournir des chiffres précis, que le nombre des hystériques hypnotisables est relativement inférieur au nombre des individus hypnotisables, en général. Pour connaître la réaction d'une malade à ce moyen, je ne connais pas d'autre procédé que d'essayer ; j'ai étudié l'hypnoscope d'Ochorowicz et je lui trouve moins de valeur qu'à un essai direct. Si en quelques séances, on n'obtient *rien*, je n'insiste pas. S'il y a quelque chose, et que le sujet ne soit pas fatigué, se trouve bien, il faut continuer, on obtiendra ensuite davantage.

» Il y a une catégorie d'hystériques, que *l'on ne peut pas traiter par l'hypnotisme*. Ce sont, dit M. Grasset, les sujets que la fixation du regard et la suggestion plongent, non dans le sommeil lucide de l'hypnotisme régulier, mais dans une *crise d'hystérie*. »

M. Grasset a montré, avec Brousse, que « *les caractères somatiques fixes de l'hypnotisme, chez les hystériques, sont souvent les caractères mêmes de l'attaque spontanée d'hystérie* chez ces malades. Dans certains cas, la malade s'endort sous le regard; mais elle réalise une crise, qui n'est pas l'état suggestible qui est nécessaire (pour rendre service). Il ne faut pas se décourager d'emblée avec ces malades, ajoute M. Grasset; on obtient quelquefois, par la répétition des tentatives, un sommeil utilisable. Si on échoue après quelques séances on renoncera à ce moyen, comme chez les non hypnotisables.

» Ce moyen ne peut donc être employé que chez les hystériques susceptibles d'être placées en état de suggestibilité, car — *je n'hésite pas à poser ceci comme un principe, — l'emploi thérapeutique de l'hypnotisme dans l'hystérie revient entièrement à la médication suggestive.*

» Sans doute, le sommeil provoqué est bon par lui-même; il faut qu'il procure, chez les malades, plutôt du soulagement et de la détente que de la fatigue. Mais *le vrai, le seul moyen d'en faire un agent thérapeutique puissant, c'est d'y joindre la suggestion. C'est la suggestion qui est le véritable agent thérapeutique de l'hypnotisme dans l'hystérie* (1). »

Pour M. Grasset, toutes les manifestations locales, tous les symptômes spéciaux sont possibles. « Plus une hystérie est localisée, plus le symptôme est étroit et précis, plus l'hypnotisme réussit. Je l'ai vu faire disparaître rapidement, quelquefois héroïquement en une seule séance, une paralysie, une contracture, un mutisme... tous phénomènes que chacun avait

(1) Cela posé, je ne parle pas des divers procédés pour endormir. Pour moi, pratiquement, il n'y en a qu'un, c'est la fixation du regard.

On fait d'avance une atmosphère favorable autour de la malade, on prépare le milieu qui doit être convaincu; on fixe le jour, l'heure; on obtient la foi du sujet; on le force à penser à la séance et à ses résultats (suggestion prähypnotique); on la fixe dans les yeux en lui disant de ne penser qu'au sommeil, on l'amène doucement à dormir et elle dort. (Grasset).

déclarés bénins, qui pouvaient disparaître d'un moment à l'autre, mais qui n'en duraient pas moins depuis des semaines et des mois, et avaient résisté à l'hydrothérapie et à l'électrisation prolongées.

» Dans un cas assez sérieux, malgré une apparence de perte de connaissance complète, chez une malade que je n'avais jamais endormie, mais sur laquelle j'avais une grande influence, je suis parvenu à lui suggérer le calme et le sommeil par des ordres réitérés, et puis je l'ai réveillée en obtenant, toujours par suggestion, un calme complet. »

Dans d'autres cas, M. Grasset a fait cesser des attaques, en agissant préventivement sur elles pendant les périodes de calme.

Ailleurs il y revient : « l'hypnotisme est surtout un traitement de l'hystérie locale ou des manifestations localisées de la névrose. — Cependant on peut aussi, dans certains cas, trouver dans cette médication un moyen de modifier l'état d'ensemble du système nerveux. Le procédé à employer est toujours celui que nous avons décrit ; on agit à la fois par le sommeil lui-même et par la suggestion. Seulement il faut alors des traitements beaucoup plus prolongés que pour l'hystérie locale. — On ne peut modifier une névrose par l'hypnotisme qu'à la condition de répéter et de multiplier les séances pendant longtemps. Il faut donc ici, plus que dans les autres cas, *être prudent* et ne continuer que *si la malade supporte très bien* la médication sans en être énervée ; il faut qu'*après chaque sommeil*, (même sans suggestion), elle se trouve mieux par le fait seul du sommeil provoqué. »

Cependant, lorsque l'hypnotisme n'est pas possible, la suggestibilité subsiste ; et, — s'il est contre-indiqué d'employer la suggestion pendant le sommeil hypnotique, — il est encore possible de recourir à la suggestion en état de veille. — C'est du moins l'opinion de M. E. Brissaud.

C'est notre avis formel.

« Lorsque l'« idée » n'a pas été retrouvée, il ne faut pas néanmoins abandonner le traitement psychique ; et l'on peut encore agir sur l'esprit du malade, soit à l'état hypnotique, soit à l'état de veille. Beaucoup de temps, beaucoup de patience, une étude sérieuse du caractère du sujet, des côtés faibles de son intelligence, tout doit être mis en œuvre pour bien connaître son malade. Dans ces conditions seules on peut faire œuvre utile avec la psychothérapie et obtenir de sérieux résultats. »

Le résultat est toujours beaucoup plus heureusement obtenu lorsque l'idée est retrouvée. Les deux procédés peuvent, d'après M. Brissaud, être employés. On peut agir dans le sommeil hypnotique, ou, ce qui vaut beaucoup mieux, à l'état de veille

» A l'état de veille les indications communes trouvent encore leur application. Il faut inspirer confiance au sujet, lui montrer l'influence désastreuse que les accidents peuvent avoir sur son existence, éveiller en elle l'impérieux désir de guérir. Puis on s'efforce d'atténuer l'impression fâcheuse qui a provoqué l'accident ; on persuade à la malade que le traitement sera infaillible et l'on a recours à la thérapeutique qui frappe le mieux son imagination.

» Si l'idée est révélée dans le sommeil hypnotique, il faut agir immédiatement et sans attendre le réveil. En général, on doit transporter le sujet, par l'imagination, dans le milieu où l'idée a pris naissance. — On se fait raconter les faits avec les détails les plus minutieux ; on fait revivre la scène dans laquelle l'accident a pris naissance et l'on s'efforce alors de détruire ou de modifier l'« idée ». — Veut-on détruire l'idée ? On persuade à la malade que les faits n'ont point existé tels qu'elle se les représente ; on insiste jusqu'à lui faire admettre qu'elle s'est trompée. On lui commande d'oublier cette page de sa vie ; on efface complètement dans son esprit cet événement de l'existence. — Veut-on, au contraire, modifier l'idée,

on change l'obsession terrifiante en une idée indifférente ou agréable ? Cette façon de procéder est quelquefois plus facile et permet avec certains sujets de détruire plus tard l'idée préalablement modifiée.

» On le conçoit, ajoute M. Brissaud, cette thérapeutique psychique est variable avec chaque cas particulier. Il est impossible de poser des règles précises ». Il faut se borner à des indications générales.

« Mais il est un point, dit encore M. Brissaud, sur lequel nous devons immédiatement insister, ce sont les indications et contre-indications de l'hypnose.

» *Hypnotiser un malade n'est pas chose absolument inoffensive.* Le sommeil hypnotique ne va pas sans amener une certaine perturbation dans le fonctionnement cérébral. *L'hypnotisation répétée peut exagérer l'hystérie.* On a vu des *hystéries latentes éclater à la suite de l'hypnose.* Il n'est pas rare de voir *survenir des attaques d'hystérie au cours du sommeil provoqué.* Enfin on peut, après avoir fait disparaître un accident bénin au cours du sommeil, assister après le réveil au *développement d'une manifestation beaucoup plus grave.*

» Pour ces nombreuses raisons, et quelque séduisant que soit le traitement par l'hypnose, il ne faut pas l'employer à la légère. — *L'hypnose doit être réservée pour les cas graves,* — et nous entendons par cas graves ceux qui sont de nature à entraver la vie sociale des sujets malades : Dans les cas bénins la réserve s'impose ». (Brissaud).

M. Brissaud rappelle encore les conseils formulés au sujet de l'hypnotisation par M. le prof. Pitres, de Bordeaux : « Il faut, avant d'endormir un sujet, obtenir son consentement. S'il s'agit d'une femme, on ne l'endormira jamais sans témoins ». (1).

(1) M. Brissaud est d'avis que l'occlusion des paupières avec ou sans

« Il faut, à côté de la suggestion hypnotique, mentionner les nombreux procédés de suggestion à l'état de veille, qui font également partie du traitement psychique de l'hystérie ». (Brissaud). — On ne saurait trop y insister. — Ceux-là ont puissamment agi pour faire naître et pour faire évoluer la névrosè. Tout le monde y a plus ou moins contribué : la malade elle-même, ses parents, ses proches, son entourage et tout le personnel qui lui a témoigné quelque intérêt. — Il est toujours bon, et jamais dangereux, de recourir aux divers procédés de suggestion à l'état de veille.

L'hypnotisation affaiblit une volonté, qui n'est que trop défailante chez les hystériques.

La suggestion à l'état de veille réconforte le libre-arbitre et en soutient les restes.

Pour M. Grasset, « l'hypnotisme, sagement conduit et bien appliqué, reste un des plus puissants moyens de combattre les manifestations symptomatiques de l'hystérie ».

Pour M. Brissaud, l'hypnotisme doit être réservé pour les cas d'hystérie grave ; et il faut toujours tenir compte des surprises et des déceptions.

Nous croyons qu'il est du devoir du médecin d'en faire connaître loyalement l'*aléa* aux hystériques, avant de provoquer leur consentement selon le précepte si judicieusement formulé par M. Pitres.

Agents perturbateurs.

On a classé dans une catégorie d'AGENTS DITS PERTURBATEURS, une série de moyens variés, dont les uns sont médicamenteux,

pression sur les globes oculaires, combinée avec le commandement impérieux de « dormir », doit être le plus généralement employé.

On peut aussi, d'après lui, avoir recours à la fixation du regard, à la contemplation d'un objet brillant ou d'une lumière vive, à la production subite d'un bruit.

les autres physiques, mais non médicamenteux, quelques-uns purement psychiques ; ces derniers rentrent dans la catégorie des procédés de suggestion.

Ainsi peuvent être rangés : la saignée, les sangsues, les ventouses scarifiées, les sinapismes, les vésicatoires. M. Grasset a raison d'objecter que ce n'est pas de la dérivation vraie, puisqu'il n'y a rien d'humoral dans l'hystérie. Il en est à peu près de même des purgatifs lesquels sont trop souvent négligés.

Ac purgantia medicamenta, ut agaricus, semen ebuli (hièble,) bryonia, imò etiam leviora, ut hiera, magni fiunt ab omnibus medicis et proprietate occultâ hystericæ suffocationi prodesse perhibentur (p. 158). Charles Lepois reconnaît donc l'utilité des purgatifs ; mais il n'en sait pas la façon d'agir utilement, parce qu'il se laisse égarer par sa théorie humorale.

C'est surtout contre la syncope hystérique, que les médecins de l'antiquité et du moyen-âge ont préconisé les sensations faites pour agir à la façon des agents perturbateurs.

Ainsi a été recommandé l'arrachement des cheveux des tempes, ou des poils du pubis, les excitations des sens et de la peau, au moyen des vapeurs spiritueuses, de l'ammoniaque, des aspersions froides, des frictions, la titillation des fosses nasales avec les barbes d'une plume ; au besoin les commotions d'une bouteille de Leyde ou l'électro-puncture. « Le point important, ajoute Landouzy après avoir fait cette énumération, est de ne pas se laisser imposer par l'insuccès des agents les plus énergiques. Le médecin se rappellera, dans ces syncopes effrayantes, le malheur, dont Vésale fut l'auteur et la victime ; les observations d'Asclépiade, de Pison, de Raulin, qui virent ensevelir des hystériques rappelées ensuite à la vie ; et il ne quittera la malade qu'après avoir épuisé patiemment tous les moyens que peuvent suggérer la science et la raison. » (p. 232).

La valeur des agents perturbateurs est alors rendue intéressante par les circonstances tragiques qui amènent leur emploi ; mais il arrive que leur puissance est plus extraordinaire encore. C'est le cas des procédés bizarres, dont il a été question plus haut en vue d'expliquer l'attitude à observer auprès des hystériques ; il nous faut y insister.

Une femme était atteinte de convulsions choréiformes depuis six semaines, et ces convulsions étaient si violentes, que l'épiderme des avant-bras était exorié par le frottement ; après plusieurs médications infructueuses, Guéneau de Mussy saisit un jour le bras de la malade, et, lui parlant de la nécessité de guérir, de l'insuffisance des agents employés, dit qu'il lui reste un moyen, réservé jusque-là à cause de son énergie ; il faut même prescrire en même temps un contre-poison que l'on tient à côté pour le cas où les effets de la pilule seraient trop énergiques : il prescrit alors une pilule *mica panis*, que l'on recommande à la sœur pour qu'elle ne s'égare pas.... et, à côté, 125 grammes de protoxyde d'hydrogène à titre d'antidote ; la malade éprouve, au passage de la pilule, un sentiment de brûlure œsophagienne telle, qu'elle se jette sur la bouteille de protoxyde d'hydrogène pour le calmer..... et, après une pilule, les convulsions cessaient complètement.

« Des effets plus curieux encore ont été obtenus dans des cas de constipation ; — des purgatifs répétés étaient restés inactifs ; une pilule *panchymagogue à mica panis* entraîna une super-purgation. — Dans un cas d'aphonie, Bernutz place la patiente dans un coin de la chambre, la bouche ouverte ; il se met dans le coin opposé, armé d'une seringue remplie d'un liquide glacé ; il en dirige le jet vers la bouche de la malade à travers toute la pièce, l'aphonie est guérie. (On sait que la même manœuvre est attribuée à Récamier.) — Guéneau de Mussy cite plusieurs faits de paralysie guérie par ses pilules fulminantes.

« Seulement, pour essayer ces moyens, il faut inspirer une grande confiance à la malade, il faut qu'elle soit convaincue

qu'on croit à son mal, et on ne doit prévenir absolument personne autour d'elle de la réalité des choses. » M. Grasset, qui résume ces faits, préfère l'hypnotisme régulier à ces suggestions troublantes et d'un résultat douteux.

» C'est encore par perturbation qu'on agit, dit-il, quand, dans un but thérapeutique et pour faire disparaître un symptôme hystérique fixe, on provoque une attaque. — On sait, en effet, que certains phénomènes permanents, comme les contractures ou les paralysies, disparaissent parfois brusquement au moment d'une attaque convulsive. — C'est en imitation de ces faits naturels qu'on provoque quelquefois des attaques ; M. Grasset ajoute, du reste, qu'on ne réussit pas toujours.

» Le moyen à employer est assez simple. Chez les ovariennes, on pratique la compression de l'ovaire douloureux ; on provoque d'abord tous les phénomènes de l'*aura* ; et si l'on insiste, on peut arriver à l'attaque complète : on peut aussi utiliser dans le même but les diverses autres zones hystérogènes. » (Grasset.)

Il importe de le retenir toutefois, les agents perturbateurs doivent toujours être réservés comme des moyens d'exception.

Il convient de les employer auprès de certaines malades seulement ; il faut, pour les risquer, que le médecin possède sur sa malade un pouvoir persuasif réellement exceptionnel.

Là, surtout, importe le précepte d'observer une grande prudence, une sage réserve et une mesure sévèrement pondérée.

Prophylaxie.

La PROPHYLAXIE de l'hystérie a été probablement toujours un sujet de préoccupation pour les médecins. Leurs conseils laissent entrevoir la nature et l'importance de leurs soucis.

Vitent omnia, écrit Sennert, *quæ uterum commovere solent..... laboribus continuo exerceantur..... et, si virgines*

sint, honesto sponso iungantur. » (Sennerti opera, tom. IV, lib. IV, pars 2).

Louyer-Villermay recommande également de favoriser la constitution par une vie active, par l'exercice au grand air, « qui favorise l'établissement de la menstruation et sa régularisation »; il ajoute « les voyages et les distractions en rapport avec le caractère de la malade, il éloigne en outre tout ce qui peut être désagréable à l'hystérique, personnes et choses : éther, musc, assa fœtida, camphre, castoréum, laudanum. Il recommande surtout d'éviter tout ce qui peut exciter les sens; il recommande d'habituer les enfants au langage de la raison et de la saine morale, afin de leur former un bon jugement et des mœurs pures. » (p. 263).

Georget, en 1824, insiste très à propos sur le même point. Il admet que, « par une bonne éducation, on peut prévenir le développement de l'hystérie chez les personnes qui y sont prédisposées dès le bas-âge »; et il conseille le travail physique, les exercices musculaires, un sommeil pas trop prolongé, des bains tièdes en hiver, des bains froids en été. — Pour lui, les moyens moraux sont souvent plus utiles que les ressources de la pharmacie. — Un travail soutenu, facile, varié; des lectures agréables; des jeux où le corps s'exerce plus que l'intelligence et surtout une société choisie (p. 547) : c'est là son idéal.

Landouzy s'exprime en termes très remarquables. « Il faut, dit-il, diriger les jeunes filles de manière à aider au développement régulier de tous les organes et à l'harmonie de toutes les fonctions; modérer par les influences morales les influences viscérales; par l'instruction, les influences intellectuelles : tels sont les fondements de toute éducation hygiénique en général.

» Mais pour la femme, — et surtout pour la femme chez laquelle domine cet élément nerveux que nous avons admis comme cause principale de l'hystérie, — la spécialité des conditions hygiéniques doit être nécessairement en rapport

avec la spécialité du tempérament, et des prédispositions natives ou acquises.

» Nous aurons donc à examiner le traitement hygiénique comme préventif et comme curatif, avant, pendant et après la puberté, non que nous devions envisager cette question avec tous les détails qu'elle comporterait dans un traité d'hygiène, mais pour résumer le plus brièvement possible les précautions, à l'aide desquelles on doit prévenir ou guérir la surexcitation nerveuse.

» Sans vouloir faire remonter jusqu'à l'allaitement les influences qui peuvent s'exercer sur la jeune fille, Landouzy assure qu'on ne saurait commencer de trop bonne heure à diriger son éducation physique et morale selon les dispositions organiques et intellectuelles qu'on remarque en elle. Ainsi l'alimentation, la gymnastique et l'instruction d'un enfant d'un caractère vif et impressionnable devront tendre, dès les plus jeunes années, à diminuer cette prédominance nerveuse. — A plus forte raison, si, dans la famille de cette enfant, se trouvent quelques membres atteints d'hystérie, d'épilepsie, d'hypochondrie, d'aliénation mentale, ou simplement même d'un esprit exalté, d'habitudes passionnées, en un mot, de cet ensemble qui constitue la surexcitation nerveuse.

» Tous les efforts, dans ce cas, devront tendre à favoriser l'énergie de la constitution physique, mais de manière cependant à ne pas hâter le moment de la puberté, à retarder plutôt qu'à accroître le développement de l'appareil sexuel, à faire résister la jeune fille aux intempéries atmosphériques, aux fatigues et à toutes ces impressions physiques, qu'une éducation trop molle a rendues intolérables de nos jours.

» On recommandera, pour arriver à ce but, les promenades en plein air, la natation, les bains froids, les bains de mer, et, à leur défaut, les bains de mer artificiels, les exercices gymnastiques modérés, une alimentation tonique composée surtout de viandes d'une facile digestion, de vins de Bordeaux rouges,

et de laquelle on exclura les viandes noires, les poissons de mer, les écrevisses, les moules, le café et toutes ses combinaisons, le thé, le vin de Champagne, la vanille, tous les mets enfin que l'expérience a reconnus excitants.

» L'énergie de la constitution physique est déjà un premier obstacle à la surexcitation nerveuse ; — mais cet obstacle serait insuffisant, si l'on ne gardait avec le plus grand soin la jeune fille contre toutes ces excitations, que développe en elle, dès le plus bas âge, le milieu social dans lequel elle vit, et surtout l'amour-propre exagéré, la coquetterie, les émotions nées au sein de la famille même, les pratiques religieuses mal entendues, la musique, la peur, et toutes ces peines de l'enfance qu'on peut négliger, sans doute, dans les cas ordinaires, mais dont il faut tenir grand compte dans le cas supposé ici, c'est-à-dire dans le cas où prédomine le tempérament nerveux » (p. 259, 260, 261).

A ces excellents conseils de Landouzy, il faut encore ajouter les soins que l'on qualifie de nos jours : toilette intime de la femme : c'est une précaution nécessaire, un soin inéluctable, dont le médecin n'a pas le droit de se désintéresser.

Sans doute, Kroning et Menge ont fait, à une date récente (novembre 1894) de curieuses études sur la défense physiologique de l'utérus et de ses annexes contre l'infection. (*Deutsch medizinical Wochenschrift*.) Dans quatre-vingts expériences pratiquées sur trente-cinq femmes, ils ont vu des cultures virulentes introduites dans le vagin ne propager, ni à l'utérus, ni aux annexes, le bacille pyocyanique, le staphylocoque pyogène doré, ou le streptocoque. « Au bout d'un temps plus ou moins long, le vagin ne contenait plus un seul des micro-organismes introduits.... l'autoasepsie du vagin était complète au bout d'un temps variant de deux heures et demie à soixante-dix heures ». Ces expériences, si curieuses qu'elles soient, n'empêchent pas les cliniciens de connaître et de combattre les infections utéro-salpingiennes. Cette existence est d'ailleurs iné-

vitale, si l'on veut bien se rendre compte de la multiplicité des sujets prédisposés aux infections par l'arthritisme ou par le lymphatisme.

On a vu plus haut les preuves péremptoires des sécrétions salpingiennes. Dans ces circonstances, on a vu la distension de la trompe être cause de réflexes, spécialement chez les filles prédisposées à l'hystérie.

On trouve signalées, même dans les auteurs de l'antiquité et dans ceux de la Renaissance, les coliques salpingiennes et les vomiques salpingées.

Lorsqu'on en observe attentivement les détails, on trouve que les évacuations de ce genre existent, communément, très longtemps avant l'apparition de la première attaque d'hystérie.

On apprend que ces évacuations, communes surtout pendant la semaine qui suit les règles, donnent aux malades des sensations réellement pénibles. — Le plus souvent, c'est une sorte de prurit, dont il est facile de supputer les inconvénients moraux, et dont les malades ne peuvent se débarrasser, que par des lotions, soit simplement savonneuses, soit quelque peu astringentes, (solution d'alun; infusé de pétales de roses de Provins; ou eau additionnée d'un peu d'eau de Cologne ou d'eau-de-vie camphrée). — Dans d'autres circonstances, l'évacuation salpingienne est le point de départ d'une éruption, le plus souvent eczémateuse, qui se surajoute au prurit, déjà si pénible, et rend plus difficiles encore les soins de propreté.

Il importe au médecin de ne pas se désintéresser de ces petits détails. — Il lui importe plus encore de savoir que certaines malades ne supportent pas les injections d'alun, qui sont même parfois l'occasion d'une sorte d'éruption un peu spéciale.

Nous conseillons d'ordinaire les lotions vulvaires chaque matin; nous les faisons répéter autant qu'il est besoin pendant la période des vomiques et de suintements salpingiens; — lorsque les lotions astringentes, hydro-alcooliques ou hydro-

aromatiques ne donnent pas de résultats satisfaisants, nous y substituons, non seulement des lotions, mais encore des applications nocturnes, au moyen d'une compresse, d'une solution de chloral au centième.

En cas d'éruption, nous employons souvent une pommade faite de vaseline et de lanoline, avec un cinquième d'oxyde de zinc et un trentième de baume du Pérou.

Ces divers soins sont particulièrement précieux dans la prophylaxie de l'hystérie.

Bernutz insiste sur l'éducation des filles, qui, « dès leur première enfance, sont dotées d'une impressionnabilité anormale, qui les rend craintives à l'excès, se troublant pour des riens, fondant en larmes à la plus légère réprimande; ou douées d'une puissance affective exagérée, qui leur fait rechercher, plus que de raison, les caresses et les rend jalouses de celles qu'on fait aux autres. On doit avoir les plus grandes appréhensions pour le développement futur de la névrose, lorsque ce sentiment est très marqué, surtout lorsqu'il est tel qu'on est obligé, (comme cela arrive parfois), de séparer les uns des autres les enfants d'une même famille, pour enrayer le dépérissement graduel, (dans lequel tombe celui d'entre eux, qui est en proie à cette jalousie, qui est réellement malade, parce qu'on peut souvent la rattacher déjà à l'hystérie). Les conseils, qu'on a à donner, se résument à recommander une bonne hygiène, qui tende à faire prédominer les fonctions de la vie organique, et à ne pas surexciter de trop bonne heure les fonctions intellectuelles, — non seulement par des études hâtives, — mais encore par des récits émouvants ou par des contes plus ou moins absurdes, qu'il faut absolument proscrire. — L'éducation a besoin d'être soigneusement dirigée; elle doit être douce, mais sans faiblesse, (laquelle serait aussi nuisible au point de vue de la genèse ultérieure de l'hystérie, qu'une trop grande sévérité); celle-ci, quand elle s'allie à de mauvais traitements, est tout ce qu'il y a de plus

funeste pour engendrer la névrose. On doit éviter, avec presque autant de soin, (quand il y a plusieurs enfants rapprochés d'âge), qu'il y ait pour l'un ou pour quelques-uns d'eux d'une préférence marquée. — à laquelle on peut attribuer le développement si fréquent de l'hystérie chez les filles d'un premier lit, dont le père s'est remarié ».

E. Chairou, en 1870, se plaint, que dans l'éducation des filles, « on se préoccupe bien moins des facultés physiques que des facultés intellectuelles.

La jeune fille est littéralement surmenée par l'étude, et par le travail. Enfermée chez elle, assise le plus souvent, respirant l'air à de rares intervalles, elle se trouve prédisposée (comme à souhait) à la congestion ovarique, lorsque le travail de la nature se fera vers ces parties. — De là le développement des douleurs de reins, de ventre, des plis inguinaux, des jambes, qui font de la femme un être paresseux, malade, inerte, ne pouvant pas quitter son fauteuil sans courbature.

» Toute jeune fille trop sédentaire, — et elles le sont presque toutes à l'âge de douze à quatorze ans — précisément au moment du développement des organes sexuels, — aura toujours une menstruation difficile, et sera toujours prédisposée à l'hystérie en raison de la congestion, la stase hématique, qui se fera vers les ovaires.

« La première condition à remplir pour éviter l'invasion de la névrose est dans le mouvement, sous quelque forme que ce soit.

Le plus facile de tous, c'est la marche, qui accélère singulièrement la circulation du sang, principalement dans les membres inférieurs ; mais, entendons-nous bien par là : Je ne conseille nullement, ajoute Chairou, une légère promenade de quelques moments, à peine suffisante pour respirer l'air, et exciter l'appétit ; — je veux la marche rapide, assez prolongée pour amener un commencement de fatigue, activer la circulation, stimuler tous les organes, surexciter toutes les fonc-

tions. — Les premiers jours, il y aura courbature. Qu'importe ? — Les jours suivants, le corps sera habitué, entraîné, devrais-je dire, et toutes les facultés physiques prendront un remarquable développement.

» D'abord, il n'y aura pas à redouter la maladie des ovaires. Les forces deviendront plus considérables, la peau plus fine, plus souple, plus mobile, moins chargée de tissu graisseux. Tous ces boutons, pustules, acnées qui se développent à cet âge, et qui sont l'indice (?) d'une déplorable circulation, disparaîtront sans le secours de poudre de riz, d'onguents et de cosmétiques de toutes sortes, trop en vogue, et tous plus nuisibles les uns que les autres..... Malheureusement, nous vivons dans une société presque organisée à l'envers. Il semble que, pour la femme, il y ait déshonneur à marcher. Dans tous les cas, on la met dans la presque impossibilité de le faire. Les vêtements sont gênants, les chaussures absurdes. Allez donc essayer de faire quelques kilomètres avec une semelle épaisse comme une feuille de papier, un talon haut de trois pouces, et pointu comme un clou ! » (E. Chairou).

Pour M. Grasset, « l'hérédité jouant un très grand rôle, il y aura des précautions toute spéciales à prendre, non seulement chez les enfants d'hystériques, mais chez les enfants d'épileptiques, d'aliénés, de névrosés, chez tous les membres des familles névropathiques.

» Dans ces cas, déjà pendant la grossesse de la mère, il faudra éviter toutes les émotions, toutes les causes d'excitation. — En général, il ne faut pas laisser nourrir la mère et il faut choisir pour nourrice une paysanne robuste.

» Dans l'éducation, on commence de bonne heure à fortifier le côté physique et à éviter un développement précoce intellectuel et surtout affectif.

» L'habitation à la campagne, la vie un peu rude, les bains et les lotions froides, les promenades, l'exercice, les jeux agités et bruyants sont à conseiller. — On évite au contraire trop

d'affection et surtout de sensiblerie dans les rapports avec les parents ; — on proscriit les internats, le surmenage scolaire, la recherche précipitée de brevets inutiles, — et plus tard les bals, les soirées, les toilettes, les histoires effrayantes et la lecture des romans. — Tissot a dit avec raison : Si votre fille lit des romans à quinze ans, elle aura des vapeurs à vingt ans. — Quant à la musique, on proscriira les romances, la musique sentimentale ; mais on n'a pas besoin d'interdire le piano, qui est une corvée et une occupation mécanique et gymnastique avant de parler à l'imagination. Comme le dit Briquet, si vous voyez une jeune fille rêver et se lancer dans le pays des chimères, faites-la mettre à son piano ; les châteaux en Espagne tomberont bien vite. — En somme, il faut, d'après M. Grasset, développer le corps et les muscles par dessus tout — et diriger l'intelligence vers le côté surtout pratique je dirai presque terre à terre de la vie quotidienne.

» On doit aussi développer les idées fortes, qui soutiennent dans les grandes circonstances de la vie et consolent dans les malheurs inévitables.

» Je n'hésite pas à dire, ajoute l'auteur, que, dans les cas où c'est possible, des principes religieux, sages et prudemment présentés, sont utiles au développement pondéré d'un enfant de névropathe.

» Telle est la direction à imposer à l'éducation ; et l'on doit en tracer les détails à la famille, — non comme un conseil banal, — mais comme une règle absolue et nécessaire. — A l'époque que nous traversons, le grand conseil prophylactique doit être surtout : ne faisons pas de déclassés ; formons les enfants à regarder toujours au-dessous d'eux pour plaindre et aider, au lieu de regarder toujours au-dessus pour soupirer et envier ; apprenons leurs devoirs plus que leurs droits ; — et nous diminuerons le nombre [des hystériques ; — et nous enraierons l'invasion croissante de la névrose. »

Legrand du Saulle donne les mêmes conseils et presque dans

les mêmes termes ; puis il ajoute : « Tout ce que le médecin peut faire, c'est de recommander d'imprimer à l'éducation une direction qui fortifie l'intelligence plutôt qu'elle ne suscite les passions, et qui prévienne l'éclosion d'un sentimentalisme dangereux. C'est là surtout affaire de maîtres éclairés.

» On ne perdra pas de vue que rien n'est à redouter, pour une jeune fille prédisposée à l'hystérie, comme le voisinage et la fréquentation de personnes nerveuses ; — on n'oubliera pas que la contagion est ici presque fatale, si on y laisse cette jeune fille exposée. — On l'éloignera soigneusement des milieux, dans lesquels se trouvent les hystériques ; — on ne devra même pas, et cette nécessité s'impose assez fréquemment dans la pratique, hésiter à séparer une sœur plus jeune, encore indemne, d'une sœur aînée qui présenterait déjà les symptômes de la névrose.

» Grâce à ces mille précautions, soigneusement observées, on pourra souvent prévenir l'éclosion de la maladie. » (p. 554-555).

A une date toute récente. M. le D^r Legendre insiste à son tour. « L'éducation devra, dès les premières années, dit-il, s'efforcer de combattre le dérèglement des fonctions nerveuses

» Malheureusement, quand les parents, et surtout la mère, sont eux-mêmes hystériques ou neurasthéniques, ils sont bien peu capables de donner cette éducation, qui requiert le calme, un mélange de douceur et de fermeté. En pareil cas, il vaudra mieux, pour l'enfant, que ses parents confient à d'autres le soin de diriger son jeune esprit.

» Aux prédisposées à l'hystésie, il faut imposer une règle de vie méthodique, — l'habitude du travail coupé par des distractions physiques ; — dans les lectures, bannir autant que possible les écrivains qui ne s'adressent qu'à l'imagination et à la sensibilité ; — éviter les occasions de faire naître des émotions vives, tristes ou terrifiantes ou attendrissantes. — L'ennui et la monotonie sont à éviter aussi bien que l'excès des plaisirs ; on trouve autant de filles hystériques dans les

mornes ouvroirs, que dans les salons mondains ou dans les pensionnats à la mode. » (*Concours médical*, 3 février 1894).

Landouzy a raison de le dire : si la meilleure hygiène est nécessaire, dès le premier âge, pour les héréditaires prédisposées à l'hystérie, « elle devient indispensable à l'époque de la puberté, alors que l'activité organique, cessant de s'exercer sur tous les appareils de l'économie, semble se concentrer toute entière sur l'appareil génital » (p. 262).

Landouzy recommande de sauvegarder la constitution physique ; il insiste sur les distractions physiques et morales, de manière à modérer le trouble momentané de la région hypogastrique ; il s'oppose à provoquer jamais l'éruption menstruelle, lors même qu'elle semblerait en retard.

Il recommande de diriger toute l'activité morale et intellectuelle de la jeune fille, vers des occupations qui éloignent d'elle l'oisiveté, l'ennui, la mélancolie, les illusions, la mollesse, et toutes les émotions factices si promptes à dominer à cet âge.

Il faut, d'après lui, proscrire surtout sévèrement l'abus de la toilette, les bals, les réunions brillantes, tout ce qui peut exciter la coquetterie et amener des sentiments ou des sensations prématurées, tels doivent être, en résumé, les préceptes capitaux du médecin. « *Vitent omnia quæ venerem excitent, ut fabulas, lectiones, aspectus, choreas. Iis tamen, quæ moestæ sunt, læta nuntia sunt afferenda : et cantilenis exhilarandæ, et prata ac hortos lustrabunt.* » (N. Piso, lib. III, cap. 41, p. 563.)

« Non seulement les romans troublent ce calme du cœur si indispensable à la moralisation ; cette tranquillité d'esprit si indispensable aux progrès de l'instruction, mais ils préparent pour l'avenir ces désillusions, ces désenchantements, causes premières de tant d'accès hystériques.

» Et, par romans, nous n'entendons pas seulement ces

épopées amoureuses qui formaient, au siècle de Tissot, presque toute la littérature ; mais encore certains journaux, certaines poésies, certains livres de piété même, où l'amour de Dieu ressemble de trop près à l'amour de l'homme ; toutes ces déviations littéraires enfin, qui nous inondent, et qui impriment presque nécessairement une direction vicieuse à l'esprit, à la sensibilité et aux affections des jeunes filles.

» Autant nous nous relâchons aujourd'hui des saines prescriptions de l'hygiène du jeune âge, autant les médecins de l'ancienne Grèce les exagéraient. C'est ainsi que les femmes de Lacédémone étaient admises à combattre aux exercices publics ; que les jeunes filles de la Scythie supportaient le fardeau des armes et les travaux de la guerre jusqu'à leur mariage ; et que même, elles ne pouvaient se marier, au rapport d'Hippocrate, avant d'avoir tué trois ennemis !

» Aussi l'hystérie était-elle rare à l'origine de la civilisation ! Aussi est-elle encore aujourd'hui inconnue aux tribus que nous appelons sauvages. » (p 263-264).

Il est salubre de relire ces passages d'un livre, qui ne date que de 1846 et qui a le ton des médecins d'un autre âge.

Son inspiration mérite cependant l'hommage du respect et de l'estime, qui s'attache toujours aux belles et vraies traditions de la dignité médicale et des délicatesses professionnelles.

Bernutz est l'un des auteurs qui ont le plus insisté sur les soins prophylactiques à prendre chez les prédisposées au moment de la puberté.

« Les soins doivent surtout être multipliés, dit-il, à l'époque où les antécédents de famille, les changements physiques qui se produisent, etc., indiquent que le moment de la puberté approche, — parce qu'à cet âge on voit survenir un très grand nombre de cas d'hystérie. — Il faut se souvenir qu'à cette époque de la vie, les filles ont à faire des dépenses physiques considérables, pour pouvoir suffire à la grande transformation organique qui va se produire, — et que, si leur organisme flé-

chit, il y aura une prédominance marquée du système nerveux. — Malheureusement, c'est à cet âge que les filles du peuple sont mises dans les ateliers, ou en apprentissage, où on leur demande souvent plus de travail qu'elles ne peuvent en donner ; — que les filles des classes moyennes sont placées dans des pensions, où elles sont recluses et plus ou moins mal nourries ; enfin, que c'est à cet âge, qu'on fait, d'une manière plus ou moins déraisonnable, l'éducation des filles des classes élevées. — Aussi, quand on réfléchit à toutes les mauvaises conditions dans lesquelles sont placées les petites filles à cette époque de la vie, où l'intérêt social exigerait qu'on veillât attentivement à ce qu'elles fussent les meilleures possibles, on s'étonne qu'il n'y ait pas encore un plus grand nombre de femmes, qui soient incapables de bien remplir la pénible fonction de la maternité....

» Les troubles de la menstruation, qui sont si souvent la conséquence de ces mauvaises conditions, ont, sur le développement de l'hystérie, une influence considérable, qu'on ne peut nier, quelle que soit la conception qu'on adopte de la maladie; elle est même telle, que cette conception a besoin, pour être acceptable, d'en tenir un très grand compte, ce que ne fait pas assez la conception de cette névrose, que Briquet s'est chargé de développer. — Il résulte de là, qu'il est de la plus haute importance, que les médecins conseillent aux parents de surveiller minutieusement, à cette période de la vie, la santé de leurs filles, et ne se lassent pas de recommander de les soigner très attentivement, pour peu qu'on craigne que l'établissement de la menstruation ne se fasse pas régulièrement. Il faut redoubler d'attentions et de soins si l'évolution pubère s'accompagne de chlorose, (qui précède si souvent et prépare, dans un si grand nombre de cas, l'éclosion de l'hystérie, laquelle ne se serait pas manifestée si la jeune fille n'eût pas été chlorotique.) » Bernutz n'expose pas les indications thérapeutiques de la chlorose, quoique ce traitement constitue dans bien des cas le véritable traitement prophylactique de la névrose ; mais

il se préoccupe de l'aménorrhée, « à laquelle on peut, dans un assez grand nombre de cas, attribuer la manifestation d'une hystérie passagère, qui disparaîtra le plus souvent avec l'établissement régulier de la menstruation, mais qu'on peut craindre de voir persister et même s'aggraver sous l'influence de causes physiques ou morales impossibles à prévoir.

» La menstruation établie, il faut, dans les années qui suivent, dans lesquelles on voit encore éclater un si grand nombre de cas d'hystérie, continuer les soins hygiéniques, dont les jeunes filles ont si grand besoin (pour suffire à la transformation générale, qui doit faire, d'une enfant, une femme apte à concevoir et à mettre au monde un enfant.) Il est indispensable de surveiller très attentivement la menstruation, de se préoccuper, je dirai presque méticuleusement, des troubles qu'elle peut présenter, mais surtout de les soigner judicieusement. (Je dois indiquer, à ce propos, qu'entre la première et la seconde menstruation, il s'écoule souvent deux, trois, six mois et même plus, pendant lesquels les règles non seulement ne se produisent pas, mais dans lesquels les époques ne sont pas indiquées; c'est une sorte d'état transitoire, de préparation pour l'établissement de la fonction, qu'il faut savoir respecter, pendant lequel il faut insister sur une bonne hygiène, sur des exercices en plein air, et s'abstenir de médications stimulantes, en particulier des emménagogues, qui ne sont pas indiqués, au contraire, dans ces conditions.) »

Bernutz ne croit pas que la métrite, la périmétrite, ou l'annexite puissent exister chez les jeunes filles; il soutient même sur ce point une étrange discussion à laquelle nous renvoyons le lecteur; mais il connaît l'existence « des hystéralgies persistantes pendant les intermenstruations, lesquelles peuvent faire croire à une affection inflammatoire utérine ou péri-utérine ». Il affirme que cette affection inflammatoire n'est pas utérine, ni péri-utérine; mais il ne dit pas ce qu'elle est: il se borne à en reconnaître l'importance et la même gravité!

« Dans ces derniers cas, qui sont les plus graves, dit-il, spécialement à notre point de vue, il faut, non seulement s'inquiéter du régime, mais encore du genre de vie qui est fait aux jeunes filles, de l'éducation, etc., enfin tâcher de savoir, et le plus souvent chercher à deviner, s'il n'y a pas des conditions, auxquelles on puisse rapporter le développement de la névrose, qui est en germe, si déjà même elle n'est en évolution. — Des mères, si elles sont elles-mêmes hystériques, (qui se croient d'excellentes mères, et qui sont certainement persuadées qu'elles font pour le mieux), tourmentent tellement leurs filles, qu'elles sont la cause involontaire du développement, chez celles-ci, d'accidents nerveux, qu'on verra cesser, — et pour toujours, — en mettant les enfants dans des pensionnats, où les conditions hygiéniques laissent souvent beaucoup à désirer et ne sont pas comparable à celles, (bien plus défectueuses,) qui existaient chez les parents. — On voit de même, dans ces conditions, réussir parfois, mais d'une manière plus temporaire, un voyage, une saison passée aux bains de mer, à une station thermale appropriée à l'état général de la santé, qui amène un changement plus ou moins notable dans la vie ordinaire.

» Mais il faut reconnaître que ces dernières prescriptions ne sont de mise que pour les filles des classes aisées de la société; qu'on ne peut les proposer, même pour celles qui appartiennent aux classes moyennes, pas plus que l'équitation, qui est un des exercices les plus favorables pour régulariser la menstruation, lorsqu'on est bien sûr toutefois qu'il n'y a pas d'affection inflammatoire des organes génitaux et que les douleurs pelviennes, symptomatiques d'une affection dynamique des organes génitaux, ne s'accompagnent pas de ménorrhagies trop marquées. — On doit, pour les filles du peuple se borner à recommander : que le travail soit modéré, en rapport avec la force physique; que l'alimentation soit la meilleure possible; enfin leur éviter tous les mauvais traite-

ments. — On recommandera, pour celles des classes moyennes, que la pension soit la meilleure possible au point de vue hygiénique, qu'on leur fasse faire des exercices en plein air, qu'on ne les fatigue pas trop surtout à apprendre des talents d'agrément, en particulier la musique, qui a été condamnée par presque tous ceux qui se sont occupés des maladies nerveuses. Sans doute, ajoute Bernutz, l'étude du piano, (dont les sons, fort peu harmonieux (?), ne portent guère à la rêverie,) ne doit pas être très dangereuse. Je suis cependant d'avis qu'on doit généraliser à cette étude ce que J.-J. Rousseau a dit de la musique expressive, parce que les heures absorbées par cette étude seraient bien plus utilement employées, pour les jeunes filles prédisposées à l'hystérie, à des promenades, poussées jusqu'à un commencement de fatigue seulement. On doit, à plus forte raison, proscrire la lecture des romans, si justement condamnée par Tissot.... On a à craindre, en effet, que la lecture des livres de cette espèce, par des femmes impressionnables à l'excès, au lieu de calmer cette impressionnabilité, comme le feraient des ouvrages sérieux, ne l'augmente ; et il est malheureusement certain que ces livres ont une influence sur le moral, et qu'on peut leur attribuer un certain nombre de liaisons illicites, qui, comme nous l'avons vu plus haut, engendrent un si grand nombre de cas d'hystérie. »

Ce sont également les fautes contre l'hygiène de la jeune fille, qui sont incriminées par Chairou.

Pour lui, constitutions débiles, les congestions utérines ou ovariennes les névroses et les névropathies de toutes sortes en sont les conséquences ; — l'hystérie en est une des formes. — Elle en est de même la plus fréquente, non par ses attaques convulsives, mais par les perversions de la sensibilité générale ou locale, et par la cachexie, latente d'abord, et de plus en plus accusée ensuite.

« C'est certainement là la vraie cause, dit-il, pour ne pas dire

la cause unique, de toutes ces affections de l'utérus et de ses annexes, — affections qui sont presque inconnues dans les professions qui sont soustraites à ces influences. — Inconnues chez les paysannes, chez les marchandes des quatre saisons, chez les femmes des pêcheurs du bord de la mer, elles sont ignorées par les marchandes de sardines de Saint-Jean-de-Luz, qui font chaque jour huit lieues à pied en courant. » (p. 121-122).

C'est également l'avis de M. Legendre, dans le *Concours médical* du 3 février 1894, qui remarque que « l'approche de la puberté est une occasion d'éclosion de l'hystérie ; et, même chez les fillettes sans prédisposition héréditaire accusée, la névrose peut se montrer alors d'une façon peu durable et sous des formes atténuées. »

Du mariage des hystériques.

Les jeunes filles hystériques ont, à certains moments du moins, des tendances d'un égoïsme déplorable ; mais il n'en est pas toujours ainsi.

En bien des circonstances, la jeune fille parvenue à l'âge nubile éprouve cette sensation du besoin de se dévouer, de se donner à un homme digne d'elle et de fonder une famille. Il arrive même à plusieurs d'y apporter cette ardeur mal pondérée, qui la conduit, là comme partout, à une sorte d'exagération. Aussi a-t-on toujours vu se poser la question du MARIAGE de la jeune fille disposée à l'hystérie.

Il y a même un moment, où « la surexitation nerveuse, contenue jusqu'alors, » (Landouzy) vient s'imposer aux parents et aussi à tout l'entourage de l'héréditaire prédisposée à la névrose..... « C'est, sans contredit, la plus grave de toutes les questions que puisse embrasser l'hygiène. » (Landouzy.)

Hippocrate recommande le mariage aux deux titres prophylactique et curatif. — Pour une fille menacée d'hystérie, *nubat*

illa et morbum effugiet, dit-il ; — et, pour une fille hystérique, *ego impero virgines his morbis affectas quam citissime cum viro jungi*. — Ces formules ont résumé l'enseignement presque unanime jusqu'à nos jours.

Les médecins de l'antiquité et ceux du moyen-âge conseillent, presque unanimement, le mariage pour prévenir ou guérir l'hystérie.

On a bien des fois disserté sur cette question.

« Les accidents hystériques, dit Ambroise Paré, adviennent peu souvent aux femmes mariées ayant la compagnie de leurs maris » (liv. XXIV, ch. II).

Forestus, Hoffmann, Dein, Reil, Sérapion, Boerrhаве, Zacutus Lusitanus, Pinel, Esquirol, Duvernoy — et tous les bons observateurs anciens et modernes, ajoute Louyer-Willermay, — « ont adopté le précepte d'Hippocrate, que l'expérience la plus constante et la plus authentique confirme tous les jours. » — Cette expression de Louyer-Villermay est beaucoup trop absolue pour être acceptable ; — et Landouzy y oppose une grave réserve.

« Si sous le nom de mariage, il s'agit d'une union mal assortie ; si, comme cela a lieu si souvent, le mot n'implique pas la chose, — non seulement l'hymen n'aura pu empêcher le développement de l'hystérie, — mais encore il pourra la provoquer de plusieurs manières... » (p. 266). — Landouzy se garde bien de voir, dans l'expression « la compagnie de leurs maris », une naïveté, ou un pléonasme d'Ambroise Paré ; il y trouve « le résultat d'une observation que font chaque jour les médecins, et que devaient faire, peut-être, les philosophes et les législateurs. Combien de femmes, en effet, n'ont pas la compagnie de leurs maris, parce qu'ils sont trop âgés ? Combien, parce qu'ils sont trop jeunes ? Combien par l'absence de sympathie ? Combien par maladie, retraite anticipée, relations illégitimes ? etc., etc. Les observateurs constatent qu'il y a mariage, contrat légitime, sans voir s'il y a union

intime, si l'une des fonctions les plus importantes s'exerce normalement, en un mot, si les besoins du cœur et du corps sont satisfaits. » (p. 266).

« Le mariage peut, à *fortiori*, provoquer l'hystérie s'il existe une lésion matérielle de l'appareil utérin... », dit encore le même auteur.

« L'hystérie peut dominer l'organisme d'une manière si puissante, ou depuis si longtemps, que le mariage, effectué dans les conditions les plus favorables, soit impuissant à la combattre, comme on voit les remèdes les plus efficaces échouer contre la gravité ou l'ancienneté du mal. » (p. 267).

Landouzy ajoute que de pareilles circonstances se présentent souvent ; — et il voudrait qu'on les regardât comme exceptionnelles,.... sous le prétexte que ces circonstances.... fréquentes.... ne dérivent pas du mariage en lui-même, considéré d'une manière abstraite, mais bien du mariage modifié par le fait d'un état social, dont il fait la critique. — Plus loin, il y revient et reconnaît — qu'un assez grand nombre de médecins, — ses contemporains, déconseillent le mariage aux hystériques ; — il en trouve une « explication dans les révolutions sociales ; le mariage, grâce aux abus de la civilisation moderne, s'effectue, moins souvent que dans les temps anciens, selon le vœu de la nature et de la raison. » (p. 268).

Il se défend bien « de prescrire le mariage comme règle exclusive dans l'hystérie »..... C'est déjà loin du conseil d'Hippocrate et des scandaleuses observations de Forestus !

Dubois (d'Amiens) regarde le mariage comme plus propre à accroître qu'à calmer les accès hystériques (p. 528). Landouzy lui reproche de n'avoir considéré que l'abus, au lieu d'apprécier l'usage, comme si le médecin était en situation de parler de modération en pareil cas !

Landouzy exprime ainsi son précepte : « L'analyse approfondie des causes prédisposantes ou occasionnelles, morales ou organiques de la maladie, et jusqu'à la connaissance des conditions

particulières, morales et physiques (ces mots sont inséparables) dans lesquelles le mariage aurait lieu, peuvent seules permettre au médecin un conseil d'une pareille gravité. » (p. 268). C'est une façon embarrassée de ne pas heurter l'opinion des médecins, qui poussent les hystériques au mariage, Landouzy ne prend pas la responsabilité d'un conseil de cette gravité !

P. Briquet, dans son *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, (Paris, 1859), fait une très curieuse étude de l'influence du mariage avec des arguments scientifiques et statistiques. — Sur 98 femmes ayant des accès d'hystérie et dont l'observation a été soigneusement suivie et analysée, il y en a : — 50 pour qui le mariage a exercé une action nuisible, — et 31 sur qui il n'a exercé aucune espèce d'influence. — Encore Briquet fait-il observer (p. 620) que l'apparence favorable doit être en partie attribuée à la soustraction des jeunes filles aux déplorables conditions dans lesquelles elles se trouvaient antérieurement.

E. Chairon y insiste : « un très grand nombre de femmes mariées sont ou deviennent hystériques, beaucoup le deviennent même à la suite d'une couche ou d'une fausse couche, lorsque celle-ci est suivie d'une inflammation des ligaments larges ou d'une ovarite. » (*Études cliniques sur l'hystérie*, Paris, 1870, p. 114).

P. Briquet a vraiment réfuté les raisonnements des anciens en leur opposant des faits.

Rien n'établit l'action utile du mariage.

Un mariage heureux, désiré, peut certainement être utile, comme tout bonheur, toute tranquillité ; mais un mariage malheureux peut aussi être cause du développement ou de l'aggravation de l'hystérie.

D'autre part, il faut se rappeler ce que dit Franck : « Peut-on imaginer quelqu'un de plus malheureux que le mari d'une hystérique ? » à moins peut-être qu'il ne trouve du plaisir dans la variété : en effet, une hystérique, dans l'espace de vingt-quatre heures, est successivement triste, calme,

douce, tranquille, irascible, etc.; elle présente le caractère de dix personnes différentes. Et encore, ajoute M. Grasset, cette variété ne sera que dans la forme du supplice; ce sera un enfer perpétuel pour le pauvre homme, qui est perpétuellement traité d'égoïste ou de bourreau, suivant qu'il s'occupe ou non de la maladie de sa femme, qu'il la plaint ou la secoue, qu'il abonde dans son sens ou qu'il la contredit.

Il ne faut pas oublier aussi l'hérédité qui menace les enfants.

Et on verra, d'après tout cela, qu'en définitive le mariage n'est pas à considérer comme un remède prophylactique ou curatif.

On peut le permettre suivant les circonstances, mais on n'a pas le droit de le prescrire. (Grasset.)

Au milieu des controverses auxquelles l'école de la Salpêtrière ne paraît pas avoir été beaucoup mêlée, il est impossible de ne pas tenir compte des *études cliniques* de Chairou, bien qu'elles aient été présentées à l'Académie depuis plus de vingt-cinq ans. « Je ne nie pas, dit-il, que, dans certains cas, le mariage n'ait pas donné de bons résultats. Je ne nie pas que la satisfaction morale, le changement d'existence, et souvent l'énorme perte de sang qui accompagne l'accouchement ne puisse avoir une heureuse influence sur la maladie, mais je crois qu'il ne faut pas trop s'y fier » (p. 114-115). — Chairou a soigné une jeune dame, qui avait toujours joui d'une bonne santé et qui ne présentait aucun antécédent morbide, lorsqu'elle fit une fausse couche après trois mois de mariage. A la suite de cette fausse couche et d'une imprudence, il y eut inflammation du ligament large, puis des phénomènes réflexes, d'abord, bien franchement hystériques ensuite. Et Chairou ajoute que, dans ce cas particulier, on peut dire et affirmer que le mariage a bien, sans aucun doute, été la cause occasionnelle des accidents. La jeune fille n'avait jamais rien eu de semblable. « Il serait facile de mul-

tiplier les exemples, dit-il plus loin, pour prouver que, loin d'encourager au mariage les jeunes filles hystériques, il ne faut l'autoriser, que, lorsque les fonctions menstruelles seront parfaitement régularisées, et lorsque l'insensibilité de l'épiglotte aura totalement disparu, et par suite, lorsqu'il n'y aura plus crainte de voir se développer, à bref délai, la cachexie hystérique. » (p. 115).

La doctrine de Briquet soutenue par Chairou, n'est pas universellement adoptée.

Il n'est pas douteux qu'elle a servi de modérateur à la doctrine contraire.

Bernutz ne croit pas vrai le fameux aphorisme d'Hippocrate : « *Toute femme hystérique mariée, guérit* », ce qui n'est pas cependant une raison, ajoute Bernutz, pour que le conseil de les marier ne soit utile dans un très grand nombre de cas, « mais seulement dans des cas déterminés et à condition que le mariage se fasse dans des conditions favorables. Certainement, comme l'a indiqué Briquet, le mariage peut, au lieu d'être favorable à la santé d'une hystérique très excitable, lui être préjudiciable. *Il peut, dans cette condition, devenir la cause déterminante de la névrose*, Bernutz le reconnaît. La névrose éclatera aussitôt, ou presque immédiatement après ce grand acte de la vie, qui est presque toujours précédé, surtout dans les classes élevées de la société, de préoccupations d'esprit considérables. Cette crainte, que mon honorable collègue me paraît avoir exagérée, peut être d'autant plus fondée, dit encore Bernutz, que l'union, au lieu d'être désirée par l'hystérique, lui est antipathique, qu'il aura fallu qu'elle se fasse violence pour y consentir, et à plus forte raison s'il a fallu que la famille exerce une pression morale pour que ce mariage se réalise. Mais heureusement ce sont des conditions exceptionnelles; et même, quand elles existent, elles sont bien loin d'avoir toujours les conséquences funestes qu'on redoutait, parce que le mariage produit chez la femme une

perturbation énorme, dissipe bien des préventions, amène une intimité qui fait succéder à l'indifférence, un sentiment tout opposé, et détermine un changement de vie, dont les parents, les mères surtout, ne veulent pas tenir compte, parce qu'ils se persuadent que leurs filles sont plus heureuses chez eux qu'elles ne le seront dans leur ménage. C'est l'inverse qui se produit le plus souvent, surtout lorsque les filles ont passé l'âge où ont lieu habituellement les mariages ; elles sont alors, avant l'accomplissement de ce grand acte de la vie, inquiètes de leur avenir, tourmentées par le désir instinctif de fonder une famille : et c'est là une cause très puissante d'hystérie. — Le mariage pourra sans doute faire naître bien des inquiétudes, devenir la cause de mille chagrins, — qui pourront entraîner le développement d'accidents hystériques, — mais alors ils ne résultent pas directement du mariage, mais de ce que l'union est malheureuse ; ce qui donne une importance capitale au choix du mari pour toute femme, mais bien plus encore pour les femmes qui, en vertu de leur impressionnabilité, sont prédisposées à l'hystérie.

» Aussi ce choix incombe-t-il bien plus aux parents qu'à la jeune fille, qui ne se préoccuperait pas, autant que ceux-ci peuvent le faire, des qualités morales, d'aménité de caractère, et en même temps de fermeté, qui sont nécessaires, pour que le mariage guérisse l'hystérie ; il en résulte que ce sont les unions — auxquelles on donne le nom de mariages de convenance — qui offrent, en général, aux femmes très impressionnables, le plus de chances favorables.

» Mon avis, dit encore Bernutz, contradictoirement à l'opinion de Briquet, qui en cela, s'est séparé de presque tous les médecins (?) est qu'on marie jeunes les filles prédisposées à l'hystérie, ou en proie déjà à cette névrose, à moins que cette maladie ne soit très accentuée et ne donne lieu à une impressionnabilité excessive, que l'union sexuelle pourrait exagérer. Cette opinion, — en apparence, mais en apparence seulement,

en contradiction avec la part très minime (1) qui revient à la continence dans le développement de l'hystérie, — est fondée : 1° sur ce que les mariages précoces empêcheraient pour le plus grand bien de la morale, un assez grand nombre de jeunes filles, qui appartiennent aux classes inférieures de la société, de se laisser entraîner dans des liaisons illicites, qui rendent la plupart d'entre elles hystériques ; 2° sur ce que le célibat, qui, au point de vue physiologique, constitue un état anormal, ayant sur la santé une influence bien plus considérable que le défaut de lactation, auquel Briquet le compare assez improprement, est, par les préoccupations de toute espèce qu'il fait naître chez les filles des classes élevées et moyennes, une cause presque aussi active, que l'inconduite chez les filles du peuple, du développement ou de la persistance de l'hystérie ; circonstance, dont mon honorable collègue n'a pu tenir compte dans sa statistique, qui est uniquement basée sur les documents qu'il a recueillis dans l'hôpital d'une grande ville, où il y a malheureusement un grand relâchement de mœurs. Il faut ajouter que le mariage est presque la seule façon de changer les conditions de vie, qu'on puisse proposer pour beaucoup de jeunes filles, chez lesquelles la névrose est la conséquence des influences morales fâcheuses, auxquelles elles sont soumises dans leur famille et qui l'entretiennent.

« Je n'ai envisagé, poursuit Bernutz, le mariage des hystériques qu'à leur point de vue particulier, — et non à celui du *malheureux qui les épouse*, qui court grand risque, si la névrose s'exagère au lieu de s'amender, d'avoir une existence excessivement pénible et de voir sa carrière brisée. Dans cette

(1) La continence n'a aucune part, même « très minime » dans le développement de l'hystérie. La démonstration en a été bien des fois, notamment par Landouzy. Nous y renvoyons nos lecteurs, malgré tout l'intérêt que présente une question, qui ne se rapporte à notre sujet, que d'une façon par trop éloignée.

dernière condition, la situation du médecin est des plus délicates pour tâcher de maintenir ou de ramener l'harmonie du ménage, qui est nécessaire à la santé de sa cliente, (dont la variabilité d'humeur rend parfois la vie tellement difficile au mari, que bien souvent il s'éloigne plus ou moins de sa femme, et qu'on ne peut espérer qu'un replâtrage de la vie conjugale fort peu enviable. Mais je n'ai pas à entrer dans tous les détails (1) de la conduite que le médecin doit suivre dans ces pénibles circonstances, et qui restent nécessairement soumis à la sagacité du praticien, — quoique le traitement moral constitue une des parties les plus essentielles de la médication de l'hystérie chez les jeunes femmes mariées. — Elles en sont malheureusement très souvent atteintes; et, chez elles, l'hystérie est fréquemment plus grave que chez les jeunes filles, non seulement parce qu'elle est en général plus invétérée, mais parce qu'elle a assez souvent résisté au changement qu'apporte le mariage, enfin, parce qu'on peut, bien moins encore, modifier les conditions de vie, qui entretiennent la névrose, si même elles ne l'ont pas fait naître. — Nous avons signalé qu'on avait vu l'hystérie, — suscitée par les emportements ou l'inconduite du mari, — guérir par la mort de celui-ci, — ou même seulement par son éloignement du domicile conjugal, — et les accidents disparaître, si, après une intermission plus ou moins longue, la vie commune recommence; — il n'en faut pas conclure que la cessation des accidents, qui est déjà rare dans ces conditions, se produirait par l'éloignement de la femme, (résultant, soit d'une séparation obtenue judiciairement, soit volontaire), parce qu'après ces éclats plus ou moins scandaleux, les femmes, (de la conduite même la plus irréprochable), se trouvent dans une

(1) Ces détails peuvent sembler des redites. Nous préférons en conserver le texte intégral, afin de ne pas modifier la pensée de l'auteur, dont l'expression est à rapprocher de celle de M. le prof. Grasset. (p. 2...).

position fausse, qui est bien peu favorable à l'amendement de l'hystérie.

» Tout ce qui précède, ajoute Bernutz, indique que la thérapeutique n'a, en général, qu'une action assez restreinte dans l'hystérie, si elle est un peu invétérée et si elle a déterminé des modifications profondes dans le *consensus* des différentes fonctions de l'organisme. — On peut affirmer, si on fait abstraction des hystéries passagères, — (qu'on voit se manifester à l'époque de la formation, et disparaître quand la révolution pubère a pu se parachever et l'établissement régulier de la menstruation faire renaître l'équilibre dans toutes les fonctions, ou guérir par le mariage, surtout s'il a été suivi d'un accouchement heureux, qui donnera satisfaction à ce besoin d'affection, qui tourmente les hystériques,) — on peut affirmer que les médications thérapeutiques n'arrivent qu'assez rarement à guérir radicalement la névrose devenue constitutionnelle. — Elles ne peuvent, (alors même qu'elles sont aidées par les circonstances favorables, qui sont nécessaires à leurs succès,) le faire qu'assez lentement en général, — à moins toutefois qu'on ne donne abusivement, (comme cela n'a que trop souvent lieu,) le nom de guérison à la cessation des manifestations hystériques, qui entravaient l'existence des malades, et dont la disparition leur permet de reprendre la vie commune, malgré l'existence de signes évidents de la persistance de la névrose. — Dans les cas les (plus heureux de cette espèce, l'hystérie reste en puissance si même elle n'est encore en action,) et elle expose les malades au retour de troubles fonctionnels plus ou moins graves sous l'influence des causes les plus légères. — Cette impuissance thérapeutique, analogue à celle qu'on observe dans l'aliénation mentale, dont l'hystérie n'est dans bien des cas qu'une transformation par voie d'hérédité, se comprend facilement, — quand on réfléchit qu'il s'agit d'une maladie constitutionnelle s'il en fût, tenant à une impressionnabilité excessive native

ou acquise, — et qu'elle se trouve, par suite, on ne peut plus subordonnée aux conditions heureuses, (mais bien plus souvent malheureuses,) dans lesquelles vivent les hystériques, — et qu'elles ont le triste privilège de ressentir trop vivement. — Il faut que la maladie, (comme l'impressionnabilité, qui en constitue la partie essentielle,) s'use pour ainsi dire par les progrès de l'âge, (plus ou moins vite suivant les sujets,) pour arriver à la longue à disparaître enfin ; mais on la trouve persistante encore, quoique affaiblie, après la ménopause, chez un certain nombre de malades....., qui peuvent dire avec amertume, comme une hystérique célèbre se rappelant le temps où elle était le plus entourée d'adorateurs : « Ah ! combien je regrette le temps où je souffrais si fort ! »

Bernutz se garde donc bien de conseiller le mariage d'une manière absolue à toutes les hystériques, ou à toutes les jeunes filles disposées à le devenir.

Les conseils qu'il donne permettent au médecin de se dérober quand il le veut, ils lui imposent le devoir d'être circonspect toujours.

La question est si grave et si délicate, que plusieurs n'osent pas se prononcer, c'est ce que fait M. Brissaud, dans le *Traité de Médecine*, tome VI.

« Le changement, qu'amène le *mariage* dans l'existence de la femme, a parfois produit des améliorations, ou même des guérisons. — Mais le fait est loin d'être absolu ; — et les conseils du médecin ne sauraient être trop réservés dans la circonstance. »

Nous ne nous déroberons pas sous le prétexte de cette facile réserve. Il faut parfois savoir se prononcer ; et, sans discuter longuement nos motifs, nous concluons :

On peut permettre le mariage des hystériques, lorsqu'il donne des probabilités sincères d'un bonheur calme et tranquille ;

On peut le déconseiller, lorsqu'il doit conduire à une proba-

bilité de métro-salpingite, ou bien exposer, par les agitations des salons ou des affaires, (que comportent certaines situations en vue,) à la perte d'une sage pondération psychique ;

On n'a jamais le droit de prescrire le mariage : cette prescription ferait sortir le médecin des limites imposées à sa part d'initiative professionnelle.

Épidémies d'hystérie.

On a vu (p. 75-76) la part de l'imitation et même de la contagion dans les épidémies d'hystérie.

Landouzy insiste sur une distinction importante : les convulsions peuvent s'imiter automatiquement ; « mais l'imitation ne peut pas produire les caractères de l'hystérie vraie, pas plus que ceux de la démence, de l'idiotie. » (p. 191).

Dans les cas rapportés à l'imitation, l'hystérie est tout simplement provoquée par l'émotion vive, que cause l'aspect des convulsions : ce qui importe bien davantage, c'est la prédisposition. L'impression soudaine a amené la crise hystérique, comme elle eût amené un violent accès d'épilepsie, d'éclampsie, ou de colère, si la prédisposition avait eu cette direction différente.

Il est clair, écrit Landouzy, que, si les convulsions hystériques ont lieu dans un pensionnat, l'hystérie surviendra plutôt que toute autre affection.

Landouzy est convaincu qu'on a beaucoup exagéré les prétendues épidémies d'hystérie par imitation, en regardant comme hystériques toutes les jeunes filles, chez lesquelles des mouvements spasmodiques étaient excités par des accès de leurs compagnes ; il admet la vue des accès comme cause occasionnelle d'hystérie ; mais il la repousse comme influence imitative, automatique, comme source de contagion sympathique.

Quoi qu'il en soit, il n'y a pas de meilleur conseil que celui de M. Grasset : « Dans tous les cas d'épidémie, pour éviter et

restreindre la contagion nerveuse, il faut surtout agir sur le moral. — Le levier variera suivant le milieu. — L'épidémie de suicide des filles de Milet disparut, quand on les avertit : que toutes celles, qui se pendraient, seraient exposées nues en public, la corde au cou. — Il y a quelques années, une épidémie de même ordre fut arrêtée dans une petite ville du département (de l'Hérault), quand le curé rappela en chaire : qu'on refuserait la sépulture religieuse et les prières de l'Eglise à toutes celles qui se tueraient.

» En même temps, il faut séparer les personnes atteintes d'hystérie, — quand les circonstances permettent de le faire, — hors des pensionnats, des communautés et même hors de la famille. — Nous indiquons simplement ce moyen à titre prophylactique et dans le seul intérêt de l'entourage encore sain. »

CHAPITRE VIII.

HYSTÉRIE ET CASTRATION.

L'hystérie est une maladie tellement grave, pour la malade elle-même, pour son entourage et pour ses médecins ; — elle est tellement décevante après des améliorations successives : — elle est tellement onéreuse dans les relations de la vie en société, qu'elle a conduit à des résolutions beaucoup plus graves, que celles qu'on oppose d'ordinaire à la plupart des maladies.

C'est une détermination déjà grave que de faire le sacrifice d'un membre : — on s'y résout lorsqu'il s'agit de sauver la vie du malade mis en cause.

C'est une détermination plus grave encore, lorsque l'organe, qu'il s'agit de sacrifier, a pour conséquence la suppression définitive de la vie sexuelle de la personne qui s'y résout. — Le sacrifice est plus grand, parce qu'il dépasse la portée d'une diminution d'organe ; il entraîne une déchéance réelle, la suppression d'une prérogative, qui a toute la haute portée de la délégation du pouvoir créateur. — La dignité humaine est vraiment découronnée par ce sacrifice. — L'être ainsi dépourvu n'a plus la plénitude de la noblesse humaine ; — il subit une sorte de honte, qui n'est que trop justifiée.... par la ruine définitive du sentiment de la force et de l'autorité

pour l'homme,.... du sentiment de la délicatesse et de la tendresse pour la femme.

Le spectacle de la nature montre les groupements sociaux : ceux des abeilles et ceux des fourmis sont les plus connus : — les castrats sont, par nature et par fonction, des serviteurs, des ouvrières...., on peut presque dire des esclaves. — Les sexués ont tous les avantages, toutes les attentions : leur puissance et leur dignité sont tout l'espoir de la race elle-même !

Le sacrifice des ovaires a été fait chez de nombreuses hystériques ; il ne paraît pas que celui des testicules ait jamais été consenti pour l'homme.... La gravité n'est cependant pas plus grande pour l'un que pour l'autre sexe ; et les hystériques existent dans le sexe masculin aussi certainement que dans le sexe féminin.

On aurait quelque peine à comprendre qu'une femme y consente, si n'étaient deux considérations principales : — C'est d'une part l'ignorance relative, (quelquefois même complète,) de l'importance de l'ovaire pour le sexe féminin. — C'est d'autre part le désir, plus ou moins masqué, de rendre impossible toute conception ultérieure, désir, dont la fréquence n'est que trop commune dans notre temps de décadence. — Il est cependant des malades, qui consentent à cette opération avec le désir sincère d'aboutir enfin à la délivrance de tortures réelles, longtemps supportées, et qui les fatiguent, après avoir résisté aux ressources même les plus pénibles, subies avec le plus de persistance.

Du côté du chirurgien, la proposition de castration repose sur le sentiment respectable de la compassion pour des femmes qui souffrent réellement beaucoup et longtemps. — Elle s'explique encore par l'habileté insinuante, parfois déclamatoire, des malades, pleines de confiance, qui s'en remettent, pieds et poings liés, à une ressource quelque pénible qu'elle soit ; — les hystériques savent jouer alors des cordes les plus

sensibles : — elles font intervenir leur dévouement conjugal, leur sollicitude maternelle, au besoin même la menace du suicide ; — elles y mettent cette ardeur, cet accent de conviction, cette exubérance attendrissante, qui arrache au chirurgien la proposition dont il s'est longtemps défendu.... Le chirurgien est alors dupe d'une comédie habilement jouée, sans en avoir pu discerner les ficelles : c'est là surtout qu'il est difficile de déjouer les roueries perverses, les machinations raffinées, les habiletés invraisemblables, dont les hystériques sont seules capables !

Les succès extraordinaires de la chirurgie contemporaine sont d'ailleurs une tentation d'autre sorte ; et les publications de ces dernières années fournissent des documents très instructifs, que nous nous bornons à résumer (1).

Les premières opérations ont eu pour résultat d'enlever des ovaires, tellement normaux, que l'opération a été appelée *ovariectomie*, ou plutôt *ovariotomie normale* (2). Il semble

(1) M. Aug. Lutaud ajoute quelques notes historiques à l'édition de 1879 du *Traité clinique des maladies des femmes*, par Gaillard Thomas. Avant d'être proposée dans un but thérapeutique, la castration aurait été pratiquée dans les temps anciens. Un roi de Lydie aurait fait enlever les ovaires de sa fille pour mettre un terme à ses excès scandaleux. La castration ovarienne aurait été pratiquée dans l'Inde pour faire des eunuques féminins : l'authenticité de ces faits laisse place à des controverses. Il n'en est pas de même d'un mémoire, lu le 3 juin 1823 par James Blundel, professeur de physiologie et d'obstétrique à Guy's Hospital de Londres : *A contribution of experiments and observations on injuries of the belly considered in their relation to abdominal surgery*. Il y explique catégoriquement l'idée qu'on pourrait, avec des chances de succès, pratiquer l'ablation de l'ovaire et de l'utérus et il ajoute : « *l'extirpation des ovaires sains constituerait probablement un remède efficace dans les cas graves de dysménorrhée et pour les hémorrhagies observées dans les cas d'inversion, alors que l'amputation de l'utérus n'est pas indiquée.* »

(2) L'opération de la castration a été longtemps appelée *ovariotomie normale* par Battey. — Schroeder préfère la dénomination d'*oophorectomie*.

avéré que le 11 février 1872 soit la première date ; et que Lawson Tait, de Birmingham, soit le premier chirurgien, qui ait pratiqué la première castration dans ces conditions (1).

Le 27 juillet de la même année, un chirurgien de Fribourg, Hégar, pratiquait à son tour la castration ; le motif n'était plus le même : il s'agissait de métrorrhagie, dysménorrhée et névralgie grave : la femme succomba ; mais l'ovaire fut également trouvé d'aspect normal : c'est la suppression de la fonction ovarienne, qui faisait espérer la suppression de l'accident hémorrhagique.

C'est dans son numéro d'octobre 1876 seulement, que l'*American practitioner* a fait connaître, sous le nom de Battey, de Rome en Géorgie, une opération de castration ovarienne, bien que celle-ci eût été faite le 17 avril 1872. Le chirurgien américain avait soigné une fille de 21 ans, qui, tous les mois depuis cinq ans, avait éprouvé les phénomènes du molimen menstruel, sans jamais avoir perdu une goutte de sang. L'examen attentif des organes génitaux avait démontré l'absence de l'utérus ; le vagin se terminait par un cul-de-sac ; le palper abdominal et le toucher rectal n'indiquaient aucune tumeur, dont la forme et le volume rappelaient l'utérus. Cette jeune fille avait à subir chaque mois

(1) Le traducteur d'Emmet *Maladies des ovaires*, 1887, p. 650), a la responsabilité de la note suivante : « Le 11 février 1872, Lawson Tait, de Birmingham, enlevait de propos délibéré, de concert avec M. Hawl-rigth et M. Bennet May, un ovaire atteint d'abcès chronique. — Le 1^{er} août suivant, il enlevait les deux ovaires chez une femme qui présentait des hémorrhagies violentes dues à un myôme. — Enfin le 27 juillet le professeur Hegar pratiquait la même opération pour des troubles nerveux réflexes. — Le D^r Battey ne peut donc, en aucune façon, prétendre à la priorité de l'opération, puisqu'il ne pratiqua sa première opération que le 17 août. — Il faut ajouter toutefois que c'est le D^r Battey qui publia le premier l'observation de son opération. »

Lawson Tait, d'ailleurs, aurait conçu l'idée de la castration en octobre 1871.

des souffrances considérables; la fluxion mensuelle des organes pelviens déterminait des troubles nerveux extrêmement graves; finalement elle mourut sans avoir été soulagée par aucun traitement. M. Battey fut très impressionné par cette terminaison fatale; il pensa que l'ablation des ovaires aurait pu l'éviter et conçut, dès lors, l'idée de l'opération dont il s'agit. — L'occasion se présenta pour une fille de 23 ans, faible, anémique, qui n'avait eu que deux fois un véritable écoulement menstruel depuis sept ans, malgré l'emploi des emménagogues, des toniques et des ferrugineux. Les signes physiques sont ceux d'une endométrite avec congestion des ovaires, un traitement local de l'utérus est suivi d'hématémèse, puis d'hémorrhagies rectales et enfin, d'une hématocele rétro-utérine. L'état s'aggrave; l'aménorrhée persiste; et chaque époque menstruelle s'accompagne d'accidents nerveux et congestifs; finalement, surviennent plusieurs phlegmons pelviens qui mettent la vie en danger. C'est alors que Battey attribue tous ces désordres à l'action des ovaires et résout d'enlever ces organes, après avoir obtenu le consentement de la malade et l'avis de plusieurs chirurgiens. — Le 17 août 1872, il fait une incision de huit centimètres sur la ligne blanche sus-pubienne: il trouve l'utérus et les ovaires sains, à part un léger état congestif, et ne rencontre que des traces de deux abcès évacués par le vagin et le rectum. Il essaye de séparer les deux ovaires par énucléation; mais il n'y peut parvenir et en est réduit à exciser ces organes, après l'application d'une ligature en masse. Aucun accident ne survient; les troubles menstruels graves disparaissent; et la santé de la malade est encore tout à fait satisfaisante quatre ans après l'opération.

Ces premières opérations ont été suivies d'un très grand nombre d'autres. Nous en indiquons les plus connues, en même temps que plusieurs des controverses soulevées par leur publication dans la presse et dans les Sociétés scientifiques.

Hégar, en 1878 (*Die castration der Frauen. Volkmann's Sammlung Klinischer Vorträge. Gyn. 42*, mai 1878) donne l'état de la question ; et il en tire les indications suivantes : — la castration ovarienne est « indiquée dans tout état de dépérissement ; — qui menace la vie immédiatement, ou dans un temps peu éloigné ; — qui produit un état de souffrance qui dure depuis longtemps et qui s'aggrave toujours ; — qui empêche toute jouissance de la vie et toute occupation ; — qui occasionne un état de dépérissement avec des anomalies et des exacerbations, qu'aucune médication ne peut modifier et qui paraissent devoir cesser à la suite de l'ablation des ovaires. — M. le prof. Hergott croit qu'il n'est, ni clair, ni facile, de déterminer quelles sont les névroses, qui réclament, réellement la castration des femmes ; l'expérience seule peut, dit-il, donner une réponse à cette question. (*Société de médecine de Nancy*, janvier-février 1887).

Au Congrès des médecins et naturalistes allemands (Berlin, 1886), Hégar prend part à la discussion soulevée par Schroeder. Il se défend d'avoir rejeté la castration d'ovaires sains pour cause de névrose ; pour lui, il n'existe aucun doute sur une relation étiologique entre des manifestations nerveuses (un complexe symptomatique nerveux) d'une part, et un processus pathologique dans l'appareil sexuel d'autre part. Pour lui, il n'y a aucun doute relativement à cette existence ; et cependant, (il le dit ailleurs), la connexion entre les deux ne lui semble pas démontrée. — En pratique, il n'hésite pas ; et il affirme que, dans ces cas, la guérison par la castration est possible. — Il va plus loin, il n'est pas opposé à la castration dans l'état d'intégrité des organes sexuels ; seulement il croit que, dans l'état de la science, les indications ne peuvent pas être nettement déterminées.

La dégénérescence ovarique par petits kystes mérite, d'après Hégar, une grande attention : tantôt elle ne cause aucun accident, tantôt elle en produit de considérables ; l'auteur a

observé des manifestations nerveuses intenses d'hystéro-épilepsie et même une aliénation mentale commençante ; mais il reconnaît que des émotions, l'hérédité, et bien d'autres facteurs y ont une grande part étiologique ; c'est pourquoi il reconnaît qu'il y a, dans la question (1886), de nombreuses inconnues. Il laisse son lecteur indécis jusqu'au moment où il prend de nouveau part à la discussion, pour dire « que pour lui, la castration n'est pas contre-indiquée quand les ovaires sont sains, mais qu'elle l'est quand l'appareil génital est normal ; pour lui, il y a encore indication, s'il existe une anomalie dans une partie quelconque de l'appareil génital autre que les ovaires. » — Olshausen riposte immédiatement à Hégar et il lui rappelle que les Américains vont plus loin. Ils pratiquent la castration dans le cas de névroses graves, sans prendre le soin de s'enquérir s'il existe une connexion entre la névrose et les organes génitaux.

Batthey publie un peu plus tard une série de quatre opérations, dont une faite par Trenholme, non plus pour combattre l'hystérie, mais simplement pour une dysménorrhée, dite ovarienne. — Les malades guérissent des suites de l'opération ; mais, chez une d'entre elles, il n'y eut aucun soulagement et la dysménorrhée persista avec la même intensité. Dans tous ces cas, l'ovaire était, ou hypertrophié, ou adhérent.

Batthey fit ensuite cinq ovariectomies doubles pour combattre ce qu'il appelle « névralgie ovarienne » ; les malades avaient des métrorrhagies ou de la dysménorrhée ; « elles étaient d'ailleurs en proie à des accidents hystériformes de la plus haute gravité, qui faisaient craindre pour leur raison et pour leur vie ; il y eut, dans cette série, deux morts par péritonite ; des trois guéries, une seule a retiré des avantages appréciables de cette grave mutilation. »

Gaillard Thomas, Peaslee, Marion Sims, etc., font rapidement la même opération.

Dans sa traduction de Gaillard Thomas, M. A. Lutaud donne un total de trente-quatre opérations avec les résultats ;

dans neuf cas seulement les femmes ont succombé, ce qui donne une mortalité de 26,5 pour cent. M. Lutaud attribue une mortalité aussi minime à l'habileté des premiers opérateurs. — Quant aux autres opérées, on sait seulement qu'elles ont survécu à l'opération, mais il y a des cas où il y a eu une longue convalescence, — d'autres où le résultat a été nul ; — il y en a où Marion Sims a trouvé les ovaires adhérents, n'a pu les enlever.....; l'opération a été abandonnée ; la malade a cependant guéri de son opération ; il s'agissait de névralgie ovarienne avec troubles nerveux, qui ont persisté comme auparavant.

Marion Sims (*British medical journal*, 1877) opine qu'il faut pratiquer, dans tous les cas de troubles nerveux, l'ablation des deux ovaires ; il emploie de préférence la section abdominale ; et, dans une lettre du mois d'octobre suivant, Battey se range lui-même à cet avis.

Marion Sims trouve l'indication de la castration ovarienne non seulement dans l'absence de l'utérus, les fibromes utérins, la pelvicellulite, mais surtout : — « lorsque la menstruation est absente, irrégulière, ou insuffisante, et qu'elle s'accompagne de souffrances physiques et de troubles de l'intelligence : on peut avoir recours à la castration après que tous les autres traitements ont échoué ; — lorsque les malades sont menacées de folie ou d'épilepsie et que les désordres sont placés sous la dépendance d'une altération de l'ovaire et ont résisté aux ressources ordinaires de la thérapeutique.

Les indications formulées en 1878, par Hégar sont nombreuses pour la castration ovarienne. M. Aug. Lutaud les trouve dignes d'être prises en considération ; et il donne les plus importantes : — « 1^o hernie des ovaires avec phénomènes d'étranglement et d'inflammation, résistant aux moyens antiphlogistiques habituels ; commencement d'une dégénérescence kystique ; — 2^o intumescence des ovaires avec phénomènes d'irritation ; sensibilité à la pression avec situation normale

des ovaires, ou déplacement dans le cul-de-sac de Douglas ; oophorite ou périooophorite chronique et dégénérescence kystique commençante ; — 3° états morbides de l'utérus, qui s'opposent à l'écoulement menstruel ou le rendent très difficile, alors que les ovaires existent ou fonctionnent normalement ; — 4° atésie de l'utérus ou du vagin avec rétention du sang menstruel et impossibilité de lui frayer la voie normale ou une autre issue ; — 5° inflammation chronique des trompes et du revêtement péritonéal du bassin (pelvipéritonite ou paramétrite,) qui, sans avoir eu leur point de départ dans un processus de l'ovaire, sont néanmoins exaspérés à chaque ovulation ; — 6° affections de l'utérus (fibromyomes, infarctus chronique, rétroflexion et antéflexion) amenant des conséquences qui rentrent dans l'indication générale et n'ont pas cédé aux autres traitements.»

M. Aug. Lutaud ajoute que tous les chirurgiens, qui ont pratiqué l'ovariotomie normale, considèrent cette opération comme une ressource suprême, à laquelle il ne faut avoir recours que dans les cas désespérés et alors que toutes les autres méthodes thérapeutiques ont échoué. (*Traité clinique des maladies des femmes*, par Gaillard Thomas, traduit et annoté par Aug. Lutaud. Paris, 1879, p. 719).

On nous permettra de remarquer que la hernie des ovaires avec phénomènes d'étranglement et d'inflammation est un état pathologique dont ce n'est pas le lieu de discuter, surtout lorsqu'il y a un commencement de dégénérescence kystique et lorsque les symptômes d'étranglement résistent à la méthode antiphlogistique. L'indication de sacrifier l'ovaire en cause, les deux ovaires au besoin, repose sur la question d'appréciation dont le chirurgien est juge.

Nous contestons formellement la seconde indication formulée par Hégar. — Pour éviter des répétitions, nous avons reporté plus loin ce qu'il faut penser de la formule très vague employée par le chirurgien de Fribourg en Brisgau. La castra-

tion ne doit être faite que comme une ressource suprême ; il faut la réserver pour des circonstances nettement définies, où il existe un état pathologique bien avéré. On ne fait pas et on ne propose pas un sacrifice important, lorsqu'il y a seulement intumescence des ovaires, même irrités ; lorsqu'il y a sensibilité à la pression avec situation normale des ovaires et même avec déplacement dans le cul-de-sac de Douglas ; on ne s'y résout même pas (et nous dirons pourquoi) lorsqu'on n'a pas d'autre motif que l'oophorite et la périooophorite chroniques, alors même qu'il s'y ajoute un simple commencement de kyste.

Nous repoussons également la simple dysménorrhée ou l'aménorrhée définie par Hégar « des états morbides de l'utérus qui s'opposent à l'écoulement menstruel ou le rendent très difficile. » — Il nous paraît inacceptable d'y vouloir trouver un motif d'enlever les ovaires qui existent ou fonctionnent normalement.

On verra plus loin ce qu'il faut penser de la castration, opposée à la salpingite chronique, à la pelvipéritonite chronique ou paramétrite et aux déviations utérines ; il est extraordinaire que dans ces indications, l'hystérie ne soit même pas mise en question.

Dans ce même mémoire de 1878, Hégar a laissé admettre l'indication de la castration ovarienne — dans les anomalies — dans les altérations de l'organe mettant la vie en danger immédiat ou pouvant amener la mort dans un délai rapide ; — dans les affections ovariennes de nature à engendrer un état général plus ou moins grave, mais suffisant pour donner aux malades le dégoût de la vie, ou les empêcher de prendre part aux occupations ordinaires de la vie ; — mais il faut, d'après lui, pour se déterminer à la castration, que l'état général ait résisté à toutes les autres méthodes de traitement.

C'est, on l'a vu, l'opinion de M. A. Lutaud : cette opération est une ressource suprême à laquelle il ne faut avoir recours,

que dans les cas désespérés et alors que toutes les autres méthodes thérapeutiques ont échoué. (p. 719).

La question a été introduite à la *Société de Chirurgie*, par M. Pozzi, le 5 mars 1884 ; au cours de la discussion, M. Terrier a pris parti pour l'oophorectomie double en cas d'hystérie ; il rapporte un fait encore récent : une jeune femme a été opérée par lui d'un kyste paraovarien ; l'ovaire correspondant était kystique : il a été enlevé ; l'opérée n'avait jamais eu d'accidents nerveux antérieurement ; mais « elle a présenté, immédiatement après l'opération, une série de crises hystériques subintrantes, qui ont donné de sérieuses inquiétudes.... Ce qu'il y a de certain, c'est que c'est justement l'ablation de l'ovaire qui les a provoquées !

Il est vrai que, comme dans le cas de M. Pozzi, le second ovaire a été conservé ; et on peut accuser celui-ci d'être l'origine des faits observés.

A côté de ces faits, qui n'ont rien de démonstratif, il en est d'autres, qui lui paraissent tellement favorables à l'opération que M. Terrier n'hésite pas à considérer la castration comme parfaitement indiquée dans certains cas. Tels sont ceux où les douleurs, les crises hystériformes ont atteint une intensité telle que la vie de la malade en est devenue impossible(1).

(1) M. Terrier complète, à la séance suivante, l'observation dont il a parlé à l'occasion de la communication de M. Pozzi.

Il s'agit d'une jeune femme, fille et sœur d'hystériques, très nerveuse elle-même, qui, une première fois, a eu des accidents hystériques liés à des troubles utérins. Puis elle eut deux grossesses, l'une à 25, l'autre à 28 ans, sans accidents hystériques. Ceux-ci reparurent, en même temps que de nouveaux troubles utérins ; puis survint un kyste ovarique, dont la marche et le développement n'entraînèrent jamais la moindre attaque d'hystérie. M. Terrier enleva l'ovaire ; la malade fut aussitôt reprise d'accidents hystériques très intenses. Ce matin même, ayant reconnu chez elle la présence d'une fissure à l'anus, M. Terrier la soumit au chloroforme pour l'opérer ; au début même de l'anesthésie, elle eut une violente attaque.....

M. Gillette considère l'ablation d'un ovaire sain comme une mauvaise opération,..., il s'étonnerait que cette opération devînt classique. — M. Terrier riposte que l'opération, dont il s'agit, n'est pas sans danger, parce que les ovaires sont presque toujours malades, adhérents et plus difficiles à isoler que dans les cas de kystes.

M. Terrier dit en outre que telle opération, qui a pu paraître déraisonnable à un moment donné, est entrée plus tard dans la pratique courante. Dans l'état actuel de la science, il est difficile de porter un jugement sur cette opération, qui peut rendre service dans certains cas de métrorrhagies rebelles. — Ainsi M. Duplay l'a faite dans ces conditions, et la malade s'en est bien trouvée. Lui-même l'a proposée dans un cas analogue. M. Polaillon croit aussi que l'opération de Battey est parfaitement indiquée dans certains cas. Il l'a proposée pour un cas de névralgie intolérable et très rebelle de l'ovaire avec crises hystériformes, délire, folie furieuse et idées de suicide. L'opération a été refusée par la famille. — M. Pozzi termine cette discussion, en regrettant qu'une opération, devenue classique à l'étranger, n'ait jamais été sérieusement indiquée en France.

A côté des troubles nerveux graves, la dysménorrhée, les métrorrhagies liées à des corps fibreux inopérables, fournissent des indications très nettes. Quand la question est placée sur ce dernier terrain, elle dévie de l'objet précis dont il est ici question.

Il faut reconnaître toutefois que l'acte chirurgical est bien comparable dans ces indications diverses, et qu'il faut tenir compte des résultats. Dans un Congrès des médecins et naturalistes allemands, tenu à Fribourg, Weedow a présenté un mémoire sur la *Castration pour Fibromes*, basé sur l'analyse de 66 cas, avec 12 morts seulement, soit 19 %; Lawson Tait lui seul, a fourni 26 cas avec 5 morts; Hégar 21 cas avec 3 morts. Freund et P. Muller ont aussi apporté à ce Congrès les résultats satisfaisants de leur pratique. Il ne s'agit donc pas d'une opé-

ration condamnée, tant s'en faut, si l'on s'en tient à l'appréciation des résultats.

Les faits ne sont pas encore assez nombreux cependant pour porter un jugement définitif. L'exacerbation des troubles nerveux après l'opération peut s'expliquer, d'une façon satisfaisante, par le retentissement d'une grande opération, avant que l'ablation des ovaires ait eu le temps d'agir pour les éteindre. M. F. Terrier pense « que l'opération de Battey peut être excellente dans certains cas déterminés. »

Dans un cas d'hystéro-épilepsie, Leppmann (*Archiv. für Gynækologie*, t. I., cah. XXVI, 1885, *Archives de Tocologie*, 1885) a enlevé les deux ovaires et a obtenu une diminution du nombre et de l'intensité des accès. Dans ce cas, les deux ovaires, qui ont 3 centimètres de long sur 2 de large, et $\frac{3}{4}$ d'épaisseur, sont remplis de kystes du volume d'un pois à celui d'une cerise, pleins d'un liquide albumineux. Tous les vaisseaux sanguins sont pleins de sang, et le stroma et la capsule de l'ovaire sont infiltrés de petits noyaux cellulaires.

Dans un mémoire sur la castration dans les névroses, (*Zür Castration bei Neurosen. — Archives für Gynækolog.*, t. XXVI, cah. I, 1885, *Archives de Tocologie*, 1885), G. Schmolfuss donne les observations et les résultats de 32 observations que l'on peut ranger sous trois groupes différents. — Dans le premier groupe sont comprises les malades, qui souffraient essentiellement de ce que l'on appelle les symptômes lombomédullaires. Sur dix opérées, il compte huit guérisons et deux malades non guéries. — Dans le deuxième groupe rentrent les malades qui, outre les symptômes précédents, présentaient d'autres phénomènes nerveux dans différents autres centres nerveux et régions du corps, sans névrose générale bien caractérisée. Il y compte encore huit opérées avec six guérisons et deux malades notablement améliorées. — Dans le troisième groupe se trouvent des malades, qui souffraient de symptômes névralgiques très prononcés, *convulsions et accès épileptiformes*.

mes. On y trouve quatorze opérées, avec dix guérisons et quatre améliorations.

Dawson, à la *Société obstétricale de New-York* (séance du 20 janvier 1885), a rapporté une observation d'ablation des ovaires et des trompes dans un cas de dysménorrhée excessive et de *manie*. La malade souffrait de troubles nerveux prononcés, avec *accès convulsifs et état maniaque*. Il existait une hypertrophie de l'ovaire avec sensibilité extrême de l'organe. On se décida à faire l'ablation de ces organes. L'ovaire droit fut enlevé sans difficulté ; le gauche était gros comme un œuf de poule et adhérent. En essayant de le détacher, il se rompit, et donna issue à une matière ressemblant à du charbon de bois, qui n'était autre chose que du sang coagulé. Cet ovaire contenait plusieurs petits kystes ; et les deux organes étaient congestionnés. Le lendemain cette femme mourut. L'autopsie ne fut pas faite. — M. Jacobs dit que l'autopsie eût été très importante, afin d'établir s'il n'existait pas une méningite ou tout autre trouble nerveux, comme cela s'est vu dans des cas semblables. (*Archives de Gynécologie* ; Paris, 1885.)

En Italie, Franzolini, en août 1880, fit une castration suivie de succès dans un cas d'*hystéro-épilepsie avec phénomènes mentaux*.

Cristoforis perdit une malade qu'il avait opérée pour une *hystéro-épilepsie*.

Perruzi fit deux opérations avec succès dans deux cas d'*hystéro-épilepsie*.

Le prof. Spediacci fit, en 1885, une opération semblable dans un cas d'*accidents hystériques graves*.

En France, M. Péan a pratiqué cinq opérations pour douleurs névralgiques pelviennes atroces, partant manifestement des ovaires.

En Allemagne, les gynécologistes n'ont presque jamais eu en vue que les fibro-myomes et les métrorrhagies ; ils sont resté presque exclusivement cantonnés sur ce terrain. C'est, du moins, leur façon de s'en expliquer.

En Angleterre, Lawson Tait, Spencer Wells, Mattheus Duncan, Savage (de Birmingham), Simpson, Thornton et Bantock en ont publié un certain nombre de cas.

Au *Congrès international* de Copenhague, (1885), Hegar a fait lecture d'un travail sur l'utilité de la castration dans les états nerveux; et, s'il n'a pas rangé tous les membres du Congrès à son opinion, du moins il a rencontré quelques adhérents.

En France, MM. Péan, Pozzi, Nicaise, Terrier, Lucas-Championnière, Périer et Polaillon sont disposés à accueillir cette indication d'intervenir et ils l'ont prouvé.

M. le prof. Duplay n'y est pas opposé, bien que sa prédilection marquée soit pour les castrations appliquées au traitement du myome.

M. Tissier a publié, en 1885, un excellent travail : *(de la castration de la femme en chirurgie, opération d'Hégar ou de Battey, (thèse de Paris).*

« Tous les phénomènes nerveux, s'accompagnant ou non de crises convulsives, ont été, dit-il, tour à tour regardés comme justiciables d'une castration des ovaires, avec une rapidité dans le jugement, bien faite pour déconcerter. La lecture des observations montre une promptitude surprenante dans les essais thérapeutiques préliminaires comme aussi dans les publications de guérison, à peine l'opération terminée » (1).

(1) Au Congrès de 1881, on entend rapporter 62 opérations de Battey pour ovaralgie et crises épileptiques, avec 25 guérisons et 10 améliorations.

Dans la statistique de Tait, à la même époque, on voit que 22 castrations furent faites pour *hystéro-épilepsie menstruelle*, cirrhose d'ovaire et ovarite chronique causant de violentes douleurs à redoublement. 10 guérisons ou très considérables améliorations, 5 malades dont il n'est plus question, 5 insuccès au point de vue curatif, 1 insuccès opératoire.

Dans un des chapitres du volume de M. Péan, nous avons vu un tableau de 26 opérations d'auteurs étrangers *faites pour hystéro-épilepsie*, où on constate 14 guérisons, 3 améliorations, 4 états stationnaires; 5 morts.

Hégar, en 1885, à Copenhague, énumérant les résultats de ses castra-

Dawson publie deux observations de femmes opérées seize jours, et un mois avant la publication à New-York (1882-83).
Cuschier a fait présenter à la Société pathologique de

tions, sans en donner le détail, déclare que les suites sont très heureuses, les cas fâcheux proportionnellement très rares (1).

Tauffer (*Zeits. f. Gebur und Gynäk.* B. IX, h. 2, p. 38) est d'avis que l'hystéro-épilepsie est curable par la castration.

« M. Péan, sur ses 5 opérations, a eu 3 succès définitifs. » (Tissier, p. 104).

Sur 58 observations rapportées par Tissier, on a noté 48 ou 49 suivies d'amélioration. « Mais, comme le faisait remarquer avec esprit Bantock au Congrès de Londres, on ne trouve pas beaucoup de guérisons permanentes franchement affirmées. On dit souvent : bon résultat, on se garde bien de dire : très bon ». — Outre ces observations, on a publié depuis 1885 :

A. Martin, 17 opérations pour ovaralgie et dysménorrhie, avec 5 insuccès.

Muller de Berne, 10 opérations, 1 mort, 3 opérations incomplètes, 4 améliorations, 2 insuccès.

Lée, 5 opérations avec succès complet.

Batthey (*Virginia medical, Monthly*, 12 août 1883), publie 10 castrations sans un seul échec.

Gardner a opéré 4 fois et 3 améliorations.

Trenholme (*Société de Montréal*, novembre 1884), 6 opérations, avec amélioration.

Imlack (*Liverpool medical Institution*, 20 novembre 1884), présente les annexes de 21 femmes hystériques, opérées par l'opération de Batthey-Tait, mais sans détails à l'appui.

Geza von Autal (*Société de Buda-Pesth*) relate 2 opérations de castration.

Enfin Knowley Thornton n'a jamais eu que des guérisons partielles.

Tissier donne en outre cinq observations étrangères, dont la première est curieuse (extraite du *The Western Lancet* de San Francisco, janvier 1884, N° 1) par C. van Hoffmann. — Hémiplegie hystérique guérie par castration (p. 116). Les deux autres sont ici dépourvues d'intérêt. La quatrième est un cas de dysménorrhée, avec hystéro-épilepsie menstruelle ; opération de Batthey ; guérison par Carstens (de Détroit), p. 119. Le même numéro du *Journal américain d'obstétrique*, 1883, p. 266, relate deux autres observations assez détaillées d'opérations de Batthey dans les états nerveux. L'une d'elles fut suivie de mort. (Carstens). La cinquième a trait à une extirpation des deux ovaires dans un cas d'hystéro-épilepsie ; guérison par Velpöner (publiant un cas de Braun-Fernwold).

New-York (28 mai 1884) l'observation d'une femme, qu'il venait d'opérer cinq jours avant.

En 1885, Spediacci, prof. de clinique chirurgicale à Sienne, publie dans l'*Il Morgagni* du 7 février, l'observation d'une femme atteinte de convulsions hystériques graves traitées par la castration. « Depuis le jour de l'opération, dit-il, les convulsions ne se sont pas reproduites. » Or, il a opéré en janvier 1885, pas quinze jours auparavant, en tenant compte du temps nécessaire pour l'impression du journal.

M. le prof. Tarnier, dans la préface de la traduction d'Hégar et Kaltenbach, (p. 12,) critique sévèrement cette précipitation et il cite, à l'appui de ses critiques, — le fait d'une jeune femme hystérique et paraplégique, à qui deux chirurgiens, l'un Français, l'autre Américain, conseillèrent la castration. Cette dame est maintenant absolument bien portante *sans avoir subi l'amputation des ovaires*, mais pour s'être soumise uniquement à une hydrothérapie méthodique et rigoureuse. — Polk (*Société obstétricale de New-York*, 5 février 1884), rapporte qu'une dame pour laquelle on avait songé à la castration, vint le consulter et guérit par la position agenouillée (prière mahométane de M. Tarnier). — L'opération d'Israël (1) domine toutes les autres par sa simplicité, par son innocuité et par son succès..... Il s'agissait d'une jeune fille hystéro-épileptique et ovaralgique, pour qui les médecins décidaient la castration. On incisa la ligne blanche jusqu'au péritoine. Cela fait, et sans plus, on coutura la plaie. La malade guérit et ne se ressentit jamais de sa névralgie ovarienne ni de ses attaques convulsives..... C'est un fait à ne jamais oublier chez les hystériques !

Cependant, d'autres opérations sont ensuite publiées.

M. Von Winiwarter, de Liège, a fait le 24 novembre 1886,

(1) James Israël, *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1880, V. 17, N° 7

une salpingo-oophorectomie double avec hystéropexie complémentaire sur une femme de 34 ans, atteinte de métrorrhagie, de dysménorrhée avec *phénomènes hystériques* et avec mauvais état général ; il trouva une ovarite chronique et obtint la guérison ou du moins l'amélioration notable de la malade en janvier 1887.

Haffter a pratiqué la castration en novembre 1884, chez une fille de 25 ans, de famille névrophatique (*Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte*. N° 9, 11-1886 et *Cent. für Gynak.*, N° 40, 1886), la dysménorrhée et la toux hystérique remontaient à 1881. Il avait fallu séquestrer la malade dans un hospice d'aliénées, d'où elle était sortie en juin 1882, dans un état de grande amélioration. Malheureusement, six semaines après la sortie, les mêmes symptômes hystériques reparaisaient et, en peu de semaines, toutes les manifestations de l'hystérie confirmée suivaient leur série. On a recours à tous les moyens anti-hystériques successivement : à la dysménorrhée, on oppose même la discision du col utérin ; on remarque que les quintes de toux hystérique ne sont interrompues que par la compression des régions ovariennes. Cet argument détermine à la castration, qui amène des ovaires, dont « l'examen histologique ne présente pour ainsi dire aucune altération. L'opérée, d'ailleurs rapidement guérie, ne présente encore aucune apparence de rechûte un an et demi après l'opération.

Au 9^e *Congrès des médecins et naturalistes allemands* (Berlin, 1886), Schramm, (de Dresde) et Schröder, relatent douze cas, dans lesquels on a fait la castration : trois ont fourni des résultats favorables et confirmés, qui se maintiennent depuis huit ans et demi, sept ans et cinq ans.

Deux de ces femmes se sont mariées.

Pour Schramm, de Dresde, l'opération peut avoir une portée curative, lorsque la névrose est en connexion avec le processus menstruel ; toutefois, les résultats sont moins favorables contre l'épilepsie que contre l'hystérie épileptique.

Pour Schröder, la discussion n'est pas possible, lorsque les ovaires sont malades. L'indication est pour lui claire et sans difficulté : on enlève les ovaires dégénérés (tumeurs grandes ou petites) ou enflammés, (ovarites chroniques) ; si un seul ovaire est malade, on n'enlève que celui-là ; on peut même ne faire que l'extirpation partielle. — Toute autre est l'extirpation des ovaires pour obtenir la ménopause anticipée ; cette opération doit alors être totale des deux côtés ; et Schröder combat l'opinion d'Hégar, qui paraît n'admettre l'extirpation des ovaires, que lorsque les névroses sont occasionnées par des altérations pathologiques de ces organes. — Schröder, se demande jusqu'à quel point les névroses dépendent d'une modification des ovaires ; et il soutient que des névroses graves peuvent disparaître après la ménopause naturelle, ou artificielle, sans qu'il y ait, dans les ovaires, des altérations pathologiques. — Schröder considère la demande d'Hégar comme une utopie, — parce qu'on ignore les limites entre l'état normal et l'état pathologique de l'ovaire. — Il pense que l'expérience seule pourra établir si l'ablation des ovaires sains peut être avantageuse dans les névroses. — Son expérience personnelle, il a la loyauté de l'affirmer, tend à montrer que la castration a pu produire une guérison complète, lorsque les ovaires enlevés ne différaient pas de l'état normal.

Olshausen fait ensuite observer la concession importante accordée par Hégar, depuis qu'il sort du terrain de l'anatomie pathologique, pour admettre la légitimité de la castration, quand il y a une connexion entre la fonction des ovaires et la névrose, sans qu'on constate des modifications appréciables dans l'appareil génital.

Cette discussion accule les chirurgiens allemands, qui ont la prétention de n'enlever que des ovaires altérés, lorsqu'il font la castration des hystériques.... Lorsqu'on enlève des ovaires qui ne diffèrent pas de l'état normal, c'est qu'il s'agit d'ovaires normaux. Schröder a eu la sincérité de le reconnaître.

Le Congrès enregistre ensuite des communications de nature à modérer les premiers entraînements.

Schatz communique trois faits : — dans le premier, il y avait des accès d'hystéro-épilepsie pendant la menstruation ; on enlève un ovaire porteur de kystes dermoïdes, une guérison dure cinq ans. Il survient alors une fièvre typhoïde et les accès se reproduisent. — Dans le second, on fait la castration pour une hystéro-épilepsie menstruelle, les ovaires sont trouvés sains ; les accès disparaissent presque complètement, mais la menstruation est remplacée par une éruption d'urticaire. — Dans le troisième, il n'est fait aucune opération ; il y a des accès pendant l'aménorrhée ; il n'y en a jamais quand la menstruation est provoquée, par des moyens mécaniques, ou par des médicaments.

Laudau demande qu'on n'ait recours à la castration, que quand on a épuisé tous les autres moyens ; il a observé des insuccès avec Remak ; il en signale trois autres, où la castration n'a pu faire cesser les douleurs. — Il est d'avis que, dans les névroses graves, on ne doit pas faire la castration, quand il y a ovarie.

Gusserow ne prend part à la discussion, que pour signaler l'obscurité de l'étiologie des névroses. — Il croit qu'on doit éviter de trouver une relation étroite entre la névrose et l'ovarie.

Saenger a fait la castration pour une névrose menstruelle grave : les douleurs ne cessèrent qu'à gauche, mais reparurent à droite. Après l'insuccès de divers moyens, il fit une seconde fois la laparotomie et détruisit les adhérences. Les douleurs reparurent encore, mais moins intenses : les spasmes cloniques avaient cessé définitivement dès la première opération ; les ovaires étaient normaux ; l'utérus contenait quelques fibromes. Saenger mentionne ensuite deux succès durables obtenus par Flechsig, au moyen de la castration, dans un cas d'hystéro-épilepsie et dans un cas d'affection mentale. (1)

(1) Saenger a fait la salpingo-oophrectomie double et une hystéropexie

Dès le commencement de 1887, M. Bernheim fait à la *Société de médecine de Nancy* (Séance du 26 janvier 1887), une communication sur quelques observations d'hystérie vraie, guérie par la suggestion hypnotique.

M. Gross profite de la discussion ainsi soulevée pour rapporter l'histoire d'une malade, qui, à la suite de phlegmon péri-utérin, avait l'ovaire droit douloureux et tuméfié et des symptômes d'hystérie fort graves, à propos desquels on avait prononcé le mot de castration, comme ressource thérapeutique suprême. Cette malade fut présentée à M. Bernheim, qui, en quelques séances, obtint une guérison complète. M. Gross conclut de ce fait que, dans les états nerveux graves, — pour lesquels la castration paraît indiquée, — on doit, — avant de procéder à l'opération, — s'adresser à l'hypnotisme.

M. Heydenreich fait remarquer que la castration a été pratiquée souvent chez les femmes présentant des phénomènes hystériques plus ou moins graves. — Or, d'une part, l'opération donne lieu à une mortalité de 14 %. — D'un autre côté, certaines malades, ainsi opérées, n'ont pas vu disparaître leurs troubles nerveux, — tandis que d'autres, après une amélioration temporaire, ont offert une récurrence de leurs souffrances. — Il faut ajouter que la castration, en rendant les femmes stériles, a des conséquences sociales graves. Pour toutes ces raisons, on ne saurait encourager de pareilles tentatives.

M. Bernheim est d'avis qu'on fait l'oophrectomie alors qu'il n'y a aucune altération des ovaires ; il croit même qu'on a beaucoup abusé de l'ovarialgie, qui, — pour lui, est souvent une ovarialgie suggérée par l'interrogatoire du médecin. — Enfin, il se demande si, quand on traite l'hystérie par la

complémentaire, le 12 février 1887, chez une femme de 28 ans, dont l'infection grave était de nature blennorrhagique; la guérison fut trouvée complète cinq mois plus tard, lors de la présentation à la Société gynécologique et obstétricale (Marcel Baudouin).

castration, on ne frappe pas le moral des opérées, et on ne fait pas simplement de la suggestion.

Au cours de la même discussion à la *Société de médecine de Nancy*, (séance du 9 février 1887), M. Hergott père fait remarquer qu'en 1878, Hégar ne pouvait faire mention d'une médication curative qui, alors, n'était pas connue : aujourd'hui les succès obtenus dans les névroses par le traitement moral, ou suggestion hypnotique imposent à tout médecin d'avoir recours à ce moyen inoffensif — et efficace parfois, — avant de faire intervenir la chirurgie. M. Hergott pense cependant qu'il est des états, remarquables par leur gravité, dans lesquels l'économie a subi de profondes modifications, où l'excitant de cet état ne peut rationnellement être attribué qu'à l'ovaire, et qui ne peuvent être guéris que par la castration. Puis M. Hergott fait assister, en quelque sorte, à une séance de la section de gynécologie de l'assemblée des naturalistes et médecins, tenue à Berlin l'année précédente, où les gynécologistes de l'Allemagne ont exposé les résultats qu'ils ont obtenus par la castration appliquée au traitement des névroses. M. Hergott retient de cette discussion qu'il est légitime de faire la castration chez la femme, c'est-à-dire l'extirpation des ovaires sains, dans certains cas de névroses graves, telles que épilepsie, hystérie, hystéro-épilepsie, accidents hystériformes d'origine menstruelle, quand tous les autres traitements ont échoué, alors même que l'appareil génital n'est nullement altéré. Les allemands appuieraient leur dire sur les faits de guérison indiscutables. Dureste, les chirurgiens américains *pratiquent la castration, surtout dans les névroses graves, sans avoir constaté, au préalable, le fait d'une connexion avec les organes génitaux*. Quant à Freund et à Landau, ils rejettent la castration dans les névroses graves : ces opérateurs basent leur assertion sur quelques insuccès. Hégar se refuse à extirper les ovaires sains, s'il constate l'intégrité de l'appareil génital ; pour lui, en effet, l'extirpation

des ovaires ne saurait modifier une maladie des centres nerveux. Mais le même chirurgien extirpe les ovaires sains, s'il trouve une lésion de l'utérus ou de ses annexes; celle-ci, cause première ou aggravante des accidents nerveux, pouvant être heureusement modifiée par la suppression de l'ovulation. Hégar extirpe également les ovaires altérés par de petits kystes ou par les lésions régressives, reliquats d'ovulations exagérées, avec développement excessif de follicules nombreux, à la suite d'excitations génésiques.

M. Herrgott donne à son résumé du Congrès la conclusion suivante : « La castration des femmes peut rendre des services très sérieux : 1° dans les myômes utérins, pour mettre fin à des hémorrhagies qui épuisent les malades, ou pour arrêter leur développement progressif, qui peut rendre la vie insupportable, ou nécessiter plus tard l'hystérectomie ; 2° dans les névroses, la question est plus litigieuse ; car la cause qui les produit est plus obscure et plus incertaine. Si certains faits ont démontré que, dans certains cas d'épilepsie, d'hystéro-épilepsie, de névroses hystériformes, la castration a un effet curatif, il subsiste bien des obscurités ; et c'est à l'expérience seule qu'il appartiendra de les dissiper. »

M. Bernheim proteste immédiatement contre l'erreur de ceux qui rapportent les troubles hystériques à des lésions des ovaires, celles-ci n'existant pas chez la plupart des hystériques et la prétendue ovarialgie étant une hyperesthésie diffuse superficielle et profonde de l'abdomen. L'extirpation des ovaires ne s'attaque pas à la cause du mal dans ces cas.

M. Heydenreich fait remarquer que des distinctions doivent être établies parmi les états nerveux, qui ont poussé les chirurgiens à pratiquer la castration. Dans certains cas, les phénomènes morbides se reproduisent à chaque époque menstruelle pour disparaître dans l'intervalle des époques. Ils sont alors liés étroitement à la menstruation et dépendent parfois d'un vice de conformation congénital ou acquis des organes génitaux.

On conçoit que, dans les cas de ce genre, la castration, en supprimant la menstruation, fasse disparaître du même coup les accidents qu'occasionnerait celle-ci. Les conditions sont toutes différentes lorsqu'il s'agit de phénomènes hystériques sans rapport appréciable avec la menstruation.

M. Heydenreich ajoute que la castration n'est pas une opération aussi facile qu'on pourrait le croire. Souvent les ovaires sont fixés par des adhérences aux parties voisines ; ailleurs, par le fait de lésions inflammatoires, on se trouve en face d'une configuration tout à fait insolite des parties ; et on a grande difficulté à reconnaître où se trouvent les ovaires.

Ce sont là des circonstances qu'il importe de ne pas perdre de vue quand on entreprend une castration.

M. V. Parisot ne comprend pas comment une opération chirurgicale peut guérir un état général du système nerveux ; car l'hystérie, en l'étudiant dans tous ses symptômes, n'est qu'un état nerveux de tous les appareils et ce n'est pas par une opération chirurgicale appliquée sur les ovaires ou l'utérus qu'on peut atteindre cette maladie ! L'idée de cette opération ne peut être venue que de l'ancien axiome, qui n'en est pas un : « *In utero tota mulier est.* » On dit qu'on a fait la castration dans des cas d'hystérie graves, qui mettaient la vie de la femme en danger ; or, M. Parisot n'a jamais vu de malades succomber à des accidents hystériques ;... il ne croit pas à cette gravité indiquée par les opérateurs pour justifier la castration ;... il ne croit donc pas davantage que l'état hystérique puisse justifier une intervention chirurgicale grave, qui met la vie en danger bien plus que l'hystérie elle-même.

M. Herrgott père dit qu'il y a un nombre respectable de faits, qui démontrent que des accidents qu'on a caractérisés du nom d'hystérie ont été guéris par la castration ; l'efficacité de l'extirpation des ovaires ne saurait donc être mise en doute ; on ne peut non plus nier que, dans ces cas, la maladie avait eu pour point de départ l'ovaire sain ou malade. A ce double

point de vue, les résultats obtenus par les gynécologistes sont positifs.

M. Bernheim n'est nullement surpris des guérisons obtenues à la suite de la castration ; le contraire l'eût étonné. Les hystériques sont susceptibles d'être guéries par suggestion de toutes sortes de façons. Pourquoi ne le seraient-elles pas à la suite d'une opération chirurgicale présentée comme le remède suprême, le remède héroïque à tant de misères et de souffrances ? (*Archives de Tocologie*, 1887).

M. le Docteur Ami-J. Magnin a soutenu, la même année, une thèse sur la castration chez la femme comme moyen curatif des troubles nerveux. Il y recueille, sans parti-pris, 67 opérations dans la littérature médicale française et étrangère et n'y trouve que trois insuccès, c'est une mortalité de moins de cinq pour cent : mais il reconnaît qu'un certain nombre d'opérations suivies de mort doivent exister sans avoir été publiées ; il prévoit que l'opération « sera difficilement admise au point de vue strictement moral et légal. Aussi une saine pratique chirurgicale condamnera-t-elle toujours la conduite du chirurgien, qui aura eu recours à une intervention si grave sur les instances seules des malades souvent inconscientes de leurs actes, et qui se sera laissé entraîner à une opération aussi sérieuse par le simple besoin d'action ou de notoriété ! »

M. Magnin réserve la castration ovarienne pour une patiente qui se voit condamnée à une vie de souffrance et d'inutilité, — pour une malade, dont la raison ou la vie est en danger. — Encore faut-il que ces troubles du système nerveux aient réellement leur origine dans les lésions des organes de la génération. — Alors il tient pour rationnel de détruire la cause, — même si on abolit en même temps la production possible d'êtres à venir.

Il est permis de se demander, ajoute-t-il, — si une femme placée dans des conditions aussi déplorables est capable d'être fécondée, — et si l'enfant, à qui elle donnerait le jour, ne serait point l'auteur d'une génération de nerveux ou d'aliénés. Ces

dernières considérations sont absolument en dehors du domaine médical. Ce sont même des considérations qu'il n'est pas sage de soulever.

M. Magnin explique le bon résultat de la castration ovarienne par deux manières : — dans certains cas l'opération supprime des ovaires dégénérés, des trompes ou des ligaments larges malades, seule cause de tous les accidents ; — dans d'autres cas la castration amène la cessation de l'ovulation ; elle établit prématurément la ménopause ; elle guérit ainsi tout ce qui est réellement imputable à la menstruation ; — l'auteur entre dans une discussion bien soutenue et qui est résumée plus loin.

Il s'efforce de donner l'état de l'opinion en 1886-1887.

Pour l'opinion en France, il s'en rapporte à l'avis de M. le prof. F. Terrier ; l'indication de la castration ovarienne existe, s'il y a dysménorrhée intense avec point de départ ovarien et avec accidents nerveux sous forme d'attaques hystéro-épileptiques, ou même de simples troubles indéterminés. Si la malade reste hystérique ou nerveuse après la castration, sa névrose est cependant réduite au minimum et elle n'a point d'excuse pour montrer les dents. — Le chirurgien français insiste en outre sur l'impossibilité de déterminer l'état anatomique des ovaires ou de leurs annexes ; l'indication d'opérer n'est pas du domaine de l'anatomie pathologique : elle repose sur l'ensemble des données cliniques.

L'opinion en Angleterre est tirée de l'article de Sir T. Spencer Wells sur « la castration dans les troubles psychiques et nerveux ». Le chirurgien anglais y condamne sévèrement la conduite du chirurgien inexpérimenté, maladroit, ou peu consciencieux, qui, sans indication formelle, met en danger la vie d'une femme et la prive de la fonction tant importante, qui est l'apanage de son sexe. Il admet toutefois que les ovaires peuvent être causes de névralgie et d'hystérie menstruelles, rebelles aux traitements les mieux dirigés et que l'oophrectomie a maintes fois donné la guérison dans ces cas. Pour

lui, l'oophrectomie, ou ablation des *ovaires sains*, peut être indiquée, non seulement par les fibromes utérins, et les hémorrhagies incoercibles, mais encore par certaines malformations des organes génitaux ou du bassin, par les oblitérations acquises du vagin, par la dysménorrhée, ou la névralgie ovarienne, — et alors seulement que tous les traitements ont été essayés, — et qu'il y a danger de mort ou d'aliénation mentale. — Elle est admissible dans tous les cas d'excitation nerveuse et de démence. — L'opération ne doit être faite qu'avec le consentement d'une malade, qui soit en entière possession de ses facultés intellectuelles et qui en connaisse pleinement les conséquences. — L'ablation des *ovaires malades* et de leur appendice constitue une opération distincte de l'oophrectomie et ne doit se pratiquer qu'après une consultation avec des confrères compétents. — Elle est tout au moins inexcusable chez les aliénées.

Hégar, à la même époque (1886), entend par le terme « castration » l'excision des ovaires sains ou dégénérés, mais peu volumineux. Il la pratique, en vue d'atteindre, par une ménopause prématurée, la guérison de troubles locaux, ou d'accidents nerveux généralisés. Il n'admet pas la castration lorsque les accidents nerveux ne se rattachent en aucune manière à la fonction sexuelle. Il connaît les névroses menstruelles sans lésions utéro-ovariennes ; mais il se demande si la fonction menstruelle ne joue pas le rôle d'agent provocateur dans l'apparition des désordres généraux existant déjà à l'état latent. Il suppose que des lésions médullaires lombaires pourraient induire en erreur : la castration ne saurait les modifier. Pour Hégar, le diagnostic étiologique de la névrose est toujours difficile ; — la castration ne doit être décidée, que lorsque les autres moyens thérapeutiques sont restés sans résultat, — qu'il y a danger de mort, — ou que la vie est devenue intolérable. Pour lui, l'indication est formelle, quand les troubles nerveux sont provoqués ou maintenus par l'altération

pathologique des organes génitaux. — Il attribue les succès aux péritonites circonscrites, aux indications mal observées, aux incidents obscurs de la ménopause.

L'opinion aux Etats-Unis est recherchée dans l'article de Battey (*American journal of medical sciences*, octobre 1886), qui a bien un peu l'apparence d'une sorte de plaidoyer. Il assure qu'aux Etats-Unis on ne pratique pas l'ablation d'ovaires sains et de trompes saines pour obtenir la guérison des troubles nerveux (1).

Mais M. Ami J. Magnin a grandement raison, lorsqu'il exprime un doute au sujet de l'opinion formulée par le chirurgien américain. « *Il existerait*, dit Battey, une forme de dégénérescence kystique, très lente dans son développement, caractérisée par la présence de petits kystes plus ou moins nombreux, remplis d'un liquide clair ou mélangé de sang, qui se distingue par une sensibilité extrême des ovaires, par des troubles de digestion, par une cachexie marquée et souvent par l'apparition d'accidents nerveux plus ou moins intenses. » Et M. Ami J. Magnin exprime son doute, en y ajoutant un point d'interrogation. (*Archives de Tocologie*, 15 avril 1887, p. 296).

On trouve plus loin toutes les importantes études soulevées par cette question et tous les graves motifs qui font douter de la nature pathologique des ovaires ainsi décrits. On voit pourquoi les ovaires ainsi décrits par Battey peuvent être considérés comme « des formes particulières d'ovaires sains ». Les bonnes intentions des chirurgiens américains peuvent être admises. Ils croient peut-être avoir enlevé des

(1) Il y ajoute un retour sur le passé. C'est parce que lui-même n'avait pas dû reconnaître les altérations pathologiques des organes qu'il enlevait, que l'opération a reçu de lui, Battey, le nom « d'ovariotomie normale », terme inusité aujourd'hui, d'après lui.

Ce retour sur le passé démontre que les moralistes ont été entendus.

ovaires malades. La réalité, on le sait, c'est que les ovaires enlevés par eux sont véritablement sains. Les arguments de Battey en témoignent.

Battey relate trente-six opérations pratiquées par lui : sept castrations pour oophoro-manie (hystéromanie) avec une guérie, quatre améliorées, deux pas améliorées ; puis neuf castrations pour oophoro-épilepsie (hystéro-épilepsie) toutes guéries ; et enfin vingt castrations pour oophoralgie, avec treize guéries, trois améliorées, quatre pas améliorées (1).

Puis il donne l'impression de plusieurs chirurgiens des Etats-Unis. — M. le prof. W. H. Byford obtient d'excellents résultats, en faisant la castration pour hystéro-épilepsie convulsive et pour accidents nerveux douloureux. — M. le prof. Reamy a fait la même opération deux fois avec succès, une fois sans obtenir d'amélioration. — L'oophrectomie aurait donné de brillants résultats pour la guérison d'accidents nerveux aux professeurs M. D. Mann, D^r K. S. Sutton, professeur W. J. Howard, D^r K. J. Wilson, D^r B. F. Baer.

Seul de tous les Etats-Unis de l'Amérique du Nord, le D^r T. Emmet, de New-York, s'élève contre l'opération, qui, selon lui, ne devrait être conseillée que dans les cas d'absence congénitale du vagin et de l'utérus. Cependant le prof. J. Gaillard-Thomas, de New-York, écrit de formelles réserves à Battey. Il reconnaît que la castration a une grande valeur pour guérir des troubles nerveux ou psychiques causés ou aggravés par la menstruation ; « *mais on l'applique, écrit-il, trop souvent sans nécessité et même sans la moindre indication !* » C'est le dernier mot que donne M. Ami J. Magnin pour faire connaître l'état de l'opinion aux Etats-Unis !

La *Société obstétricale et gynécologique de Paris*, dans sa

(1) Il ne se prononce pas sur la valeur de l'ablation des trompes : deux fois seulement, il a enlevé les deux trompes ; sept fois, il en a enlevé une seule ; vingt-sept fois il n'a rien enlevé des trompes.

séance du 12 mai 1887 entend la lecture d'un travail sur la castration de la femme par M. J. Lucas-Championnière, inspirateur de la thèse de M. Ami Magnin ; il expose les motifs de ses déterminations d'enlever des ovaires sains (1).

On trouvera plus loin l'histoire de sa première opérée, — la seconde est âgée de 39 ans ; elle présente une sensibilité ovarienne extraordinaire, de l'« angoisse de l'abdomen » et de grandes crises hystériques. Les symptômes locaux et généraux s'exagèrent aux approches de chaque époque et s'aggravent à chaque période nouvelle, au point qu'il ne reste plus que quatre ou six jours de bon dans le mois. L'anémie va en augmentant ; l'alimentation devient impossible ; après avoir soigné cette malade pendant plus d'une année, et en présence de l'aggravation constatée, M. J. Lucas-Championnière propose l'ablation des ovaires. « De façon à réduire au minimum les réflexes, dit-il, il commença par donner à la patiente des injections de morphine. La malade les supportait très mal au début ; puis elle s'y accoutuma, à des doses faibles ; et, le jour de l'opération, deux heures auparavant, l'injection de morphine fut faite. Le calme au cours de l'opération fut parfait. » M. Lucas-Championnière réussit à enlever les deux ovaires en laissant les deux trompes intactes. Chaque pédicule était fait avec deux fils de catgut. Ces ovaires furent trouvés sains, sauf un développement veineux considérable autour de l'ovaire droit et un tout petit kyste de l'ovaire gauche. Les suites opératoires furent d'une simplicité extrême. Quinze mois plus tard, *l'opérée était restée une hystérique avec de grandes*

(1) En France les deux premières opérations de ce genre sont de M. Péan, en 1882 et 1883. La première opération de M. J. Lucas-Championnière est du 29 octobre 1884, ce fut un cas malheureux ; mais le chirurgien était tellement convaincu que ce mauvais résultat était dû à des circonstances exceptionnelles, qu'il a fait la même opération dès que l'occasion s'en est offerte : les deux cas suivants ont été deux succès.

attaques ; pourtant celle-ci semble atténuée en intensité et en durée ; l'alimentation est devenue beaucoup plus facile ; les douleurs spontanées ont presque complètement disparu ; mais il suffit de la station debout ou de l'exercice pour les rappeler. Les règles ont disparu et aussi le malaise prémenstruel, les périodes de congestion abdominale sont courtes. A mesure que le temps s'écoule, il semble que les bons résultats s'accroissent. Au toucher l'utérus paraît réduit de volume : le chirurgien considère ces résultats comme satisfaisants ; et il espère que la ménopause artificielle ne fera que confirmer l'amélioration.

La troisième opérée de M. Lucas-Championnière est une femme de trente-quatre ans, dont l'hystérie ne se manifeste plus que rarement par de grandes attaques, mais toujours exclusivement à l'époque des règles ; elle présente une « sensibilité abdominale exquise : il est impossible de lui toucher la peau du ventre sans la faire bondir ; le toucher est presque impossible » la dysménorrhée et les ménorrhagies ont résisté à la thérapeutique employée. Après l'avoir suivie plusieurs semaines et l'avoir préparée par des injections de morphine pendant huit jours, M. J. Lucas-Championnière lui fait l'extirpation des ovaires le 31 mars 1887. La chloroformisation est facile, les ovaires et les trompes sont reliés par des vaisseaux volumineux et friables, si bien que, des deux côtés, pour tout lier, le chirurgien est obligé d'enlever simultanément ovaires et trompes. Ces organes sont d'ailleurs trouvés « absolument sains ». Pendant les premières semaines, la malade se trouve beaucoup mieux qu'avant l'opération ; peut-être faut-il faire la part de l'auto-suggestion, de la satisfaction du succès de l'opération, c'est M. J. Lucas-Championnière, qui lui-même fait cette réserve.

Il en conclut d'abord l'utilité de préparer la malade par la morphine ; et ensuite la possibilité d'obtenir la ménopause par l'extirpation des ovaires, et, avec la ménopause, la disparition de certaines douleurs.

Il ajoute ensuite : « les indications de l'opération seront plus nombreuses à mesure que l'on étudiera plus complètement les *relations de la menstruation avec les accidents de l'hystérie*, relations qu'il lui paraît impossible de nier. Cependant, il ne faut pas chercher, en pareil cas, un bénéfice absolu complet, et n'être pas immédiatement trop exigeant. L'opération modifie l'individu sans faire disparaître complètement son tempérament ; et, de plus, un certain temps est nécessaire pour que l'accoutumance se fasse à cette ménopause, artificiellement et brusquement amenée.

» Un résultat très remarquable de l'opération, c'est le changement de caractère que signalent les opérées elles-mêmes, un certain état d'affaissement, un défaut de réaction nerveuse, et la dernière opérée en particulier accuse presque immédiatement un état de bien-être remarquable. »

L'importante communication de M. J. Lucas-Championnière est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Polaillon, Dumontpallier et Porak, rapporteur. Celui-ci établit d'abord qu'il est parfois difficile d'enlever la totalité de l'ovaire ; et il montre ensuite que l'ablation des ovaires, même réussie, et complète n'a pas pour conséquence nécessaire une ménopause certaine ; et il en conclut avec beaucoup de mesure que : « l'ablation des ovaires a pour conséquence ordinaire la suppression prématurée de la menstruation ; mais que celle-ci n'en est cependant pas la conséquence nécessaire, obligée, soit que, dans certains cas, la menstruation puisse persister sans ovulation, soit qu'il soit difficile, impossible peut-être, d'enlever en totalité le tissu ovarien. Il faut donc que la malade sache qu'elle va subir une opération, pour ne pas obtenir peut-être le bénéfice qu'elle recherche. »

M. Porak insiste ensuite sur le pronostic de l'ablation des ovaires sains et il donne des statistiques de mortalité : Hégar 16 p. % pour 42 opérées ; Wiedow, pour Hégar, 19 p. % pour 63 opérées ; Spiegelberg 25 p. % pour 4 opérées ; Battey,

(Congrès de Londres 1881) 22 p. % pour l'ovariatomie complète ; Freund 16,6 p. % pour 6 opérées ; Felhing 0 p. % pour 9 opérées ; Lawson-Tait, d'abord 25 p. % puis 2 morts seulement sur 108 opérées ; Goodel 4 p. % sur 25 oophrectomies ; Menzel 18 p. % sur 11 opérées. Et M. Porak fait remarquer que les opérateurs heureux seuls donnent leurs résultats ; il ne veut pas dire comme Bigelow que l'ablation des ovaires est aussi dangereuse que l'hystérectomie ; il pense comme Chiara (1) et Tauffer (2), qu'on peut abaisser la mortalité jusqu'à dix pour cent, surtout lorsqu'il s'agit d'ovaires sains et d'organes génitaux sains. « Néanmoins cela sera toujours une opération grave : on ne devra jamais l'oublier lorsqu'on sera sollicité à la pratique.... Le consentement des malades, surtout hystériques, ne suffit pas pour justifier l'opération. On se trouve quelquefois en face de malades, qui sollicitent, réclament l'opération ; et il ne suffit pas d'avoir obtenu le consentement des malades, même après leur avoir montré les risques qu'elles courent. On ne doit se laisser guider que par l'appréciation de la gravité du pronostic. Pronostic grave, voilà ce qu'on doit avoir présent à l'esprit » (p. 707).

M. Porak examine ensuite quelle est l'indication de l'ablation des ovaires sains dans les affections nerveuses. « Il s'en faut, dit-il, que les chirurgiens les plus compétents en fait d'opérations abdominales soient édifiés sur l'atténuation des troubles nerveux par l'ablation des ovaires sains.... Les symptômes nerveux sont d'ailleurs d'une si grande mobilité, que l'on ne peut être certain, lorsqu'il y a amélioration après l'ablation des ovaires, si l'opération est bien la cause de la suppression des troubles et si la guérison ne se serait pas spontanément produite.

(1) *Annales de Gynécologie et de Pédiatrie*, 1885.

(2) *Centralblatt Gynekologie*, 1882, n° 36.

« Si, enfin, l'hystérie est habituellement amendée, — pas toujours, cependant, — par la ménopause, — il s'en faut que cela soit démontré pour l'épilepsie et pour la folie, — même dans les formes dites menstruelles. — Il ne semble donc pas que dans ces cas l'ablation des ovaires soit justifiée. »

M. Porak se défend de l'idée d'enlever des ovaires sains, comme l'ont fait Battey, Hégar et Lawson-Tait; il rappelle les propos tenus au Congrès de Copenhague, où Spencer Weels et Kœberlé doutent de l'avenir de la castration « Rien, dit-il, n'est donc actuellement moins généralement accepté, que l'ablation des ovaires sains pour la cure des névroses. — C'est surtout sur ce point que j'oppose des réserves ».

M. Porak donne quelques statistiques; et il ajoute : « dans ce cas, comme pour le pronostic à propos de la mortalité, il faut faire observer que les partisans seuls de l'opération ont donné leurs résultats et qu'on peut à bon droit les considérer comme trop favorables. Nous sommes donc en droit de conclure que la guérison n'est pas la règle après l'ablation des ovaires, surtout lorsqu'ils sont sains. — Donc opération grave, succès douteux. — On ne devra donc se décider que dans des cas tout à fait exceptionnels. Ces recherches sont écourtées et incomplètes. Elles m'ont amené à cette conclusion. Bien loin de moi de prétendre donner un résultat définitif. La question est encore à l'étude » (p. 709-710).

Au cours de la discussion, M. Martineau approuve de tous points l'esprit dans lequel a été écrit le rapport de M. Porak; et il remarque qu'il n'a pas encore vu un seul cas, où la castration fût catégoriquement indiquée, bien qu'il en ait eu la préoccupation à l'hôpital de Lourcine, où il dispose d'un service, qui n'a peut-être pas son équivalent à l'étranger.

M. Polaillon approuve complètement les réserves faites par M. Porak, touchant la castration; il n'est pas douteux, dit-il, qu'il s'agit d'une opération grave. Deux fois il a rencontré une indication nette d'enlever des ovaires sains : les douleurs

étaient atroces dans la région ovarienne ; le moindre contact, celui de l'étoffe la plus légère, devenait intolérable ; il y avait tendance à la vésanie..... Dans les deux cas, l'opération fut proposée, mais en indiquant très nettement quelle était sa gravité ; l'opération fut refusée. Sans doute, on pourrait opérer, en quelque sorte *par surprise* « mais quel chirurgien consciencieux consentirait à accepter une telle règle de conduite, surtout quand on n'a pas la certitude que la guérison sera obtenue ? Du reste, il est des circonstances où il n'y a rien de mieux à faire que *ne pas se presser*. J'ai aujourd'hui le souvenir d'une dizaine de femmes, qui, sujettes autrefois à de grands troubles du côté de l'appareil génital, troubles, dans lesquels beaucoup de chirurgiens étrangers auraient certainement trouvé l'indication nette d'enlever les ovaires, on vit peu à peu ces troubles s'amender et qui aujourd'hui, après plusieurs années et sans opération, jouissent de la plus belle santé ».

M. Pajot dit à son tour : « *Dans certains cas, il y a tout avantage à ne pas se presser.* » Il cite trois faits à l'appui ; puis il se résume : « Sauf des cas tout à fait exceptionnels, l'ablation des ovaires ne lui paraît *justifiée, que si ces organes sont malades.* »

M. Dumontpallier critique la thèse de M. Magnin. Il conteste toute importance au symptôme « ovaralgie », l'attribue souvent à une simple névralgie et s'indigne qu'on pratique la castration pour des douleurs de cette nature ! — Il admet que l'opération soit légitime, lorsqu'elle est basée sur l'existence d'une maladie de l'ovaire, mais à la condition que cette maladie de l'ovaire se traduise par des modifications du volume de l'organe, reconnaissables par des moyens ordinaires d'investigation. — Quant à l'ovarite, qui évolue sans déterminer une augmentation notable de l'organe, j'avoue que je ne suis pas encore arrivé à en faire sûrement le diagnostic ; comment admettrai-je, dès lors, l'indication d'une *opération*

aussi grave, subordonnée à la solution d'un diagnostic aussi obscur ? — Enfin, comme mes autres collègues, je ne puis pas oublier que les résultats, qu'on est en droit de promettre à ces malades, sont des plus incertains.

M. Alph. Guérin, s'associe également aux réserves exprimées. Il a eu l'occasion de causer, avec le directeur d'une maison de santé, d'une malade, à qui on avait enlevé les ovaires pour combattre des accidents nerveux très accusés. C'est probablement l'une de celles dont M. Polaillon a entretenu la *Société obstétricale et gynécologique*. « Cette malade, persuadée par un autre chirurgien, a accepté l'opération. Les accidents ont été si peu amendés, que la malade, désespérée, a supplié qu'on lui enlevât la matrice ! Et, paraît-il, le chirurgien n'aurait consenti à cette nouvelle opération, qu'à la condition expresse que sa cliente lui remît un papier, dans lequel elle fit la déclaration formelle qu'elle avait elle-même réclamé l'opération. Ce sont là des procédés blâmables, car la conduite du chirurgien ne doit être subordonnée qu'aux inspirations de sa conscience, éclairée par son savoir. »

C'est sur ce mot sévère, que fut close la discussion à la *Société obstétricale et gynécologique de Paris*.

Cette discussion de la Société gynécologique et obstétricale de Paris, n'a pas empêché que la castration soit encore faite bien des fois chez les hystériques.

En janvier 1889, M. le prof. F. Terrier a fait une opération analogue sur une femme de 24 ans, atteinte d'ovarite et de salpingite des deux côtés, de rétroversion utérine, de dysménorrhée, de névralgie ovarienne, de vaginisme et d'hystérie assez accusée. Le résultat immédiat a été excellent, le résultat éloigné a été une guérison presque absolue. (Marcel Baudouin).

Il s'en faut, toutefois, que les résultats soient toujours aussi heureux ; et nous ne pouvons nous défendre de reproduire textuellement, ce passage de l'excellent livre de M. Marcel Baudouin sur l'hystéropexie (p. 242).

« Il s'agit d'un deuxième fait d'hystéropexie par M. Terrier. L'opération du 23 octobre 1888, consiste en ablation des ovaires et des deux trompes, elle est suivie de guérison ; mais, le 26 janvier 1889, les règles réapparaissent, et en même temps des douleurs intenses, vives, en ceinture dans les aines, comme auparavant ; et pourtant l'utérus est resté en antéfixation.

» Revue le 14 février, cette femme accuse une augmentation des accidents douloureux ; elle pousse des cris continus, surtout le matin de six heures à neuf heures ; les injections de morphine, les douches, etc., ne peuvent la calmer. L'utérus est encore bien en antéversion. Les anciennes douleurs, ou plutôt les anciennes sensations de pesanteur, qu'elle éprouvait au niveau de l'anus ont disparu complètement.

» M. Terrier propose à cette femme de lui enlever l'utérus pour la guérir radicalement ; elle accepte. Tout est préparé, comme si l'on devait faire réellement une hystérectomie vaginale ; mais la malade est seulement endormie, et trois pinces à pression sont placées sur le col ; on fait ensuite un pansement et on prescrit le repos au lit, comme si on avait vraiment opéré. Depuis — l'opération simulée, cette malade ne souffre plus du tout... et elle est retournée dans son pays, où elle reste guérie. »

Ce fait, ajoute M. Baudouin, est des plus intéressants, car il montre toute l'influence que peut avoir le cerveau (1) sur les maladies des organes génitaux, et combien le chirurgien doit se défier des symptômes fonctionnels accusés par les malades.

Martin, dans son *Traité clinique des maladies des femmes* (traduction française, Paris, 1889), s'exprime en ces termes très catégoriques au sujet de l'ovarite :

« Dans les cas, où la réaction sur l'état général est très

(1) Les phénomènes dits d'inhibition, jouent peut-être un rôle dans de telles observations. (Marcel Baudouin).

profonde, la seule ressource consistera dans l'extirpation de l'ovaire altéré et devenu impropre à remplir ses fonctions. (1) »

Hégar a usé de l'opération *largâ manu*. « Moi-même, dit-il, je me suis décidé de bonne heure à considérer les cas dont je viens de parler, comme une indication d'ovariotomie. Gusserow et d'autres ne tardèrent pas à nous suivre.

» A la fin de l'année 1886, je comptais vingt-cinq ovariectomies nécessitées par l'ovarite et la périovarite. » (p. 551).

M. Martin répond à sa façon aux reproches si souvent faits d'enlever des ovaires non altérés. Il envisage l'ovarite chronique comme un véritable processus morbide ; il croit même

(1) Les *symptômes* de l'ovarite chronique sont très variables. Souvent ils consistent simplement en une douleur siégeant dans l'un ou l'autre des côtés ou des deux à la fois, suivant que l'affection est simple ou double. Cette douleur est sourde et continue ; elle est exagérée par les efforts, la cohabitation, ou les difficultés de la défécation. D'autres fois, elle est en rapport marqué avec la menstruation. Elle se développe jusqu'au moment de l'hémorrhagie, qui, si elle est très abondante, en diminue notablement l'intensité, sans pour cela la supprimer complètement. Les règles une fois passées, elle reparaît après un intervalle plus ou moins long. Il est des femmes qui n'éprouvent qu'une sensation de malaise, tandis que d'autres éprouvent de vives souffrances, qui ne font qu'augmenter de semaine en semaine. Les douleurs s'irradient vers les cuisses et le sacrum, empêchent tout mouvement, enlèvent le sommeil et mettent les malades dans un état de nervosité, qui donne naissance à toutes sortes d'accidents névralgiques, même en dehors de la sphère génitale. Hégar a donné un nom très approprié à ce groupe de manifestations : il les appelle « *symptômes lombo-médullaires* ». Ils consistent en douleurs, nausées, maux de cœur, anorexie, irradiations douloureuses dans les membres inférieurs, dysurie et dyschésie. Dans d'autres cas, l'on constate les signes de l'irritation spinale : migraine, névralgies éloignées, et, si le mal dure longtemps, si les soins et un régime moral convenable font défaut, atonie mentale profonde ; les malheureuses sont en proie à l'hystérie, sans cependant que l'on trouve chez elles les exagérations propres à cette affection. Ce sont précisément ces troubles nerveux et les névroses avec accès convulsifs qui en découlent, qui réclament un contrôle scrupuleux et une étude des plus approfondies ; car, non seulement les divers tableaux morbides se confondent souvent, mais l'exploration ne

qu'il est véritablement possible d'en apprécier les symptômes et d'en préciser le diagnostic. Puis il tire parti des opinions successives d'Aégar.

« Si, en fin de compte, on trouve, lorsqu'il s'agit d'ovarite chronique, le salut dans l'extirpation des organes dégénérés, on ne pourra pas parler de « Normal Ovariectomy » avec Battey. Il n'y a aucune indication, qui permette d'enlever des ovaires normaux; et je m'associe complètement à Hégar, qui, *en cas de névrose, regarde la présence d'un processus morbide du côté de l'ovaire, comme la condition sine qua non de la castration*. C'est pour cela que ces cas appartiennent, non au chapitre des Castrations, mais à celui des Ovariectomies. Toutefois, on pourra songer, dans ces cas-là aussi, si les troubles généraux se rattachent essentiellement aux fonctions ovariques, si chaque menstruation, chaque ovulation nouvelle

nous fournit pas le moins du monde, au point de vue du substratum anatomique des altérations, des données constantes, quant à leur étendue et à leur forme. Il en est ainsi même quand ces symptômes, grâce à l'aura qui les précède, à leur coïncidence avec le fonctionnement de l'ovaire, à leur réveil possible par des irritations extérieures agissant sur cet organe même, quand ces symptômes, dis-je, paraissent être en relation intime avec les modifications ovariques. A l'occasion, on aura à se décider, dans les cas de névroses graves se rattachant aux fonctions de l'ovaire, à extirper ce dernier qui est la source du mal, et cela quoiqu'à l'examen de l'organe, les altérations semblent après tout minimes. » (p. 547.).

« Le diagnostic de l'ovarite chronique sera basé sur une palpation bimanuelle minutieuse. Cela paraît étrange de vouloir diagnostiquer les affections de l'ovaire par le palper du bas-ventre, et spécialement de l'hypocondre. Alors même que l'exagération de la pression provoquerait les manifestations de l'ovarie de Charcot, nous considérons cependant qu'il est impossible de toucher un ovaire, situé dans la profondeur du bassin, par une simple pression extérieure sur le ventre. Ce n'est que grâce à une compression bimanuelle sérieuse et adroite, qu'on peut espérer isoler l'utérus et ses annexes de la glande ovarique, et c'est encore là une tâche bien difficile, même pour des mains exercées. » (p. 549). (Martin, *Traité clinique des maladies des femmes*).

s'accompagne des mêmes accidents, et s'il n'y a pas d'autre ressource, pour éviter le retentissement sur la santé générale, que la suppression de ces fonctions. » (p. 552).

Toutefois, Martin ne s'oppose que mollement à la castration, qui supprime des ovaires réellement sains.

« Hégar a posé comme une des conditions de la castration, certaines névroses que Tauffer et Fehling désignent sous le nom d'*affections nerveuses et mentales graves en connexion avec les fonctions sexuelles*. — Au début, Hégar était contre la castration dans les cas de névrose, où il n'existait pas d'altérations anatomiques dans l'appareil génital. Il y a cependant des cas (Schmalfuss, Leppmann, Schröder,) dans lesquels l'extirpation des ovaires sains, dans le but de supprimer la menstruation et l'ovulation, a donné des résultats favorables. Les observations, publiées de temps en temps dans les journaux périodiques de gynécologie, semblent commander d'attendre, et de laisser les faits eux-mêmes décider de l'opportunité de l'indication qui nous occupe. » (p. 631). Il faut reconnaître que les résultats donnés par M. Martin, de Berlin, ne sont pas suffisamment explicites pour avancer une question de si grande importance.

« Les résultats de la castration dans les névroses, tels que les indique Schmalfuss, d'après les documents de Hégar, donnent une proportion de 8 guérisons sur 10 malades atteintes de ce que ce dernier appelle « *Lendenmarks Krankheit* » (1). Sur huit femmes présentant, outre les symptômes de cette dernière affection, des phénomènes nerveux accentués dans d'autres régions, (cardialgie, oppression épigastrique, sensation de ballonnement, éructations, vomissements, boule hystérique), six ont guéri ; les deux autres ont éprouvé une grande amélioration. Une troisième catégorie de femmes qui souffraient

(1) De Lendenmark, moelle lombaire.

d'accidents nerveux généralisés et offraient le tableau symptomatique de la névropathie la plus complète — douleurs vagues ou aiguës dans toutes les parties du corps, troubles vasomoteurs, menstruations supplémentaires, accidents laryngés et gastro-intestinaux, convulsions et crises épileptiques. — fournit dix guérisons et quatre améliorations sur un total de quatorze malades. Les résultats de la castration dans l'épilepsie et l'hystéro-épilepsie tendent à devenir plus favorables, qu'ils ne le furent dans les cas cités par Leppmann, (opérées de Fritsch) : un insuccès, deux succès partiels, trois cas sur les résultats desquels on ne peut encore se prononcer. » (p. 632).

Il nous est impossible de ne pas remarquer combien il y a loin de la gravité de l'opération de la castration jusqu'à l'importance relativement minime du tableau symptomatique présenté pour en justifier.

Au *Congrès italien de Chirurgie* de mai 1889, M. Macoco a rapporté deux observations d'oophoro-salpingectomie faites pour des troubles nerveux graves. Dans un des deux cas, il s'agissait d'une femme *en proie depuis quinze ans à des accès convulsifs, surtout violents pendant les règles. A trois reprises, la malade avait tenté de se suicider.* Dans les deux cas, on trouve des ovaires kystiques et des trompes enflammées. *La guérison complète couronna les deux fois cette intervention.*

Au même Congrès, MM. Trombleta et Rabacci ont cité deux cas analogues. (Rizkallah, 1889, p. 57.)

Dans un cas cité avec tous ses détails, dans son *Traité des maladies des ovaires*, Tait appliqua d'abord avec succès des pessaires galvaniques, puis les règles cessèrent et la malade fut prise de *crises épileptiformes* telles, qu'on l'envoya dans un asile d'aliénées. Pensant alors que *cette épilepsie* pouvait dépendre d'une cirrhose exanthématique de l'ovaire, il proposa la castration. L'opération fut pratiquée le 11 août 1879 ; le 18, les points de suture furent enlevés ; le 23, la malade se leva.

Il la revit le 29 septembre, elle était complètement guérie. p. 478) (1).

M. Gilles de la Tourette (1891) oppose les médecins aux chirurgiens. Il incrimine la théorie utérine de l'hystérie, « abandonnée par les médecins, adoptée avec enthousiasme par certains chirurgiens. Depuis, en effet, que Hégar et Battey, en 1872, vulgarisèrent la castration chez la femme, c'est par centaines qu'on compte les opérations basées sur cette idée, absolument fausse, qu'en enlevant les ovaires on guérit l'hystérie. Après les travaux de Tissier et de Pichevin, l'opinion est fixée, en France tout au moins. Il suffira de rappeler que Tissier (cité par Pichevin) a rapporté l'histoire d'une femme qui, n'ayant jamais eu d'accidents nerveux, présentait, après la castration, une série d'attaques hystériques des mieux caractérisées (p. 100).

Certains chirurgiens ont cependant continué à multiplier les castrations, et même à en préconiser la valeur ; mais d'autres protestations se sont élevées, même du côté des chirurgiens.

Playfair (*British medical Journal*, 1891, p. 119) déclare que la castration, dans les cas de névroses (hystéro-épilepsie), est une mauvaise opération.

Spencer Wells et Priestley partagent la même opinion.

Il semble cependant que Playfair exagère, en disant que, « si l'état nerveux se complique de lésions avérées des annexes, il faut d'abord traiter systématiquement l'état nerveux dans l'espoir d'éviter la castration. » (Pozzi.)

(1) L'épilepsie étant des plus fréquentes, L. Tait opéra un grand nombre de cas ; et il est certain qu'il en résulta pour plusieurs malades une *amélioration temporaire* ; elle se produit d'ailleurs chez tous les épileptiques, soit après la castration chez l'homme, soit après l'enlèvement des annexes de l'utérus chez la femme, soit après la trépanation dans les deux sexes ; c'est du moins ce qu'affirme L. Tait.

« L'oophrectomie et la castration des femmes dans les affections psychiques et nerveuses » ont fait le sujet d'un mémoire de Sir Thomas Spencer-Wells. Une traduction par le Dr R. Labusquière, d'après « *the Bradshaw lecture delivered at the Royal College of surgeons of England* » a été insérée dans les *Annales de Gynécologie* Tome XXXVI, 1891). L'ablation des ovaires, faite dans le but de produire la cessation prématurée des règles, aurait été proposée par Blundell dès l'année 1823. Et il ne subsiste pas d'objection valable contre cette opération, telle du moins qu'elle a été faite après 1872, par Battey, dans des cas bien déterminés et avec les précautions les plus minutieuses. Son exécution par Hégar contre des fibromes utérins était aussi pleinement justifiée, mais d'une application plus restreinte. On alla jusqu'à proposer de faire l'oophrectomie dans des cas où il n'existe aucune affection constatable, et où il s'agit seulement de combattre des symptômes pénibles. Bien loin de moi la pensée de me dresser en adversaire d'une opération justifiée ! J'ai précisément expérimenté moi-même à l'occasion de mes ovariectomies, combien il est dur, même quand on a pleinement conscience de la légitimité de sa manière de faire, de résister à une opposition passionnée, pleine de parti pris, et combien sont pénibles les accusations injustes, auxquelles on est en butte ! Mais dans l'espèce, nous constatons des écarts si évidents, si dangereux de la pure moralité médicale que, dès l'année 1884, je me crus forcé de jeter le cri d'alarme. — Bien que je reconnaisse comme parfaitement légitime le principe de cette opération, je reste convaincu qu'elle ne trouve son application que dans des cas très limités, — et qu'elle ouvre la porte à des abus fâcheux ; — que, dans les cas de psychoses et de névrose, elle n'est justifiée qu'après l'essai consciencieux et prolongé d'autres moyens thérapeutiques, et avec le consentement réfléchi de médecins expérimentés. — Une affection qui menace la vie justifie, le cas échéant un traitement hardi, une véritable

mutilation. Mais pratiquer une mutilation pour une affection transitoire (conséquence le plus souvent d'une civilisation corrompue ou d'une passion sexuelle excessive), c'est là une question qui relève plus de la morale philosophique que de la chirurgie.

» Ces appréciations n'étaient pas sans fondements sérieux. En effet, lorsqu'en 1881, le Congrès médical international eut lieu à Londres, Battey, qui dans l'espace de plusieurs années, bien qu'il eût eu l'occasion pour ainsi dire illimitée de choisir des cas à opérer, grâce à une sorte d'*épidémie de consultation*», qui se produisit après la vulgarisation des principes essentiels de sa méthode, n'avait trouvé que QUINZE femmes, chez lesquelles l'opération lui parut indiquée, exprima l'étonnement que lui causait cette soi-disant nécessité de la fréquence de l'exécution en Angleterre de l'opération qu'on désignait de son nom. — Mon expérience, aussi bien que celle de beaucoup de médecins éminents, m'obligent à me rallier sans réserve à ces restrictions à cette modération de Battey. — D'ailleurs, il suffit d'un simple coup d'œil sur les travaux spéciaux de gynécologie et particulièrement sur les articles publiés, durant ces dix dernières années, pour se persuader que les écarts dans le sens contraire commencent à inspirer quelque inquiétude.

« Tout cela a éveillé dans le public le soupçon, et, parmi nos collègues, plus que le soupçon, que certaines extensions modernes de la chirurgie abdominale ne contribuent nullement à relever dans l'opinion publique l'estime de la profession médicale, et qu'il est urgent de les dévoiler et de les condamner formellement. Avant tout, je me défends de faire aucune allusion personnelle ; mais je me fonde sur des faits généralement connus et sur l'existence incontestable d'une inquiétude répandue au loin. Mes premiers avertissements n'ont pas été entendus. Aujourd'hui, je proteste formellement, de la façon la plus vive, contre tout écart des principes vrais de la prati-

que médicale, et contre l'abus condamnable qu'on fait d'une opération, importante et très bonne en soi, quand elle est pratiquée après mûre réflexion et à propos. Et j'ai la conviction que le plus grand nombre des hommes sages et honorables de notre profession, s'associeront absolument à cette protestation.»

Sir Thomas Spencer Wells termine par ces conclusions :

« Le droit de pratiquer l'oophrectomie, ou ablation des ovaires normaux, dans les cas de dysménorrhée ovarique ou de névralgie, est très limité; et l'intervention n'est justifiée que lorsque les accidents ont résisté à tous les moyens thérapeutiques et que la vie ou la raison sont en danger.

» Dans presque tous les cas d'excitation nerveuse et de folie, l'opération est injustifiable; jamais elle ne doit être pratiquée sans le consentement de la malade jouissant de toute sa raison, et émettant sa volonté, après qu'on l'aura mise parfaitement au courant de toutes les conséquences possibles de l'intervention

» L'excision des ovaires malades et de leurs annexes doit être nettement distinguée de l'oophrectomie; et, comme dans la plupart des cas de laparotomie, elle ne doit être pratiquée qu'après délibération avec des hommes, dont l'autorité n'est pas discutée.

» L'opération, dans les cas de nymphomanie et de maladies mentales est, pour ne pas dire plus, injustifiée.»

Le V^e *Congrès français de Chirurgie*, tenu à Paris du 30 mars au 4 avril 1891, portait à son ordre du jour, la question des résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes.

Sir Spencer Wells (de Londres) a encore porté la parole le premier et il a énergiquement renouvelé sa protestation contre les abus de l'oophrectomie. On ne peut pas, dit-il, établir le diagnostic d'une affection non néoplasique des annexes. Lawson Tait (de Birmingham) croit que l'opération peut être parfois

suivie de bons résultats, pour les différents symptômes nerveux, qui se rattachent à la menstruation et qui peuvent être guéris ou soulagés par l'arrêt des menstrues. Puis l'orateur résume sa protestation du Collège royal des chirurgiens d'Angleterre.

M. Bouilly confirmè d'abord sa conclusion de 1890 au *Congrès de Berlin*. Il pense que les résultats éloignés de l'ablation des annexes sont excellents et incontestables, lorsqu'il y a des lésions tubo-ovariennes ; mais il estime qu'il y a lieu de faire des réserves — et même de proscrire l'ablation des annexes, quand il s'agit d'accidents purement nerveux.

M. Jeannel, de Toulouse, a eu des résultats thérapeutiques, des résultats fonctionnels et des résultats orthopédiques également bons ; mais il ne paraît pas que dans ses 38 opérations, avec 5 mortes, il y ait un seul cas d'ablation d'annexes non altérées. — L'hystérie n'y est pas non plus mentionnée.

M. Bazy (de Paris) a observé deux faits qui lui permettent d'envisager la question, au point de vue de *l'influence de l'ablation des annexes sur l'évolution des accidents hystériques*. — Dans le premier, la laparotomie produisit une réelle *amélioration pendant un certain temps* ; mais ce ne fut que *momentané*, car les douleurs abdominales reparurent, ainsi que des *accidents nerveux généraux*. — Chez la deuxième malade, la laparotomie a permis d'extraire deux ovaires, peu volumineux, mais polykystiques. *Depuis cette opération, tout accident nerveux a disparu et la malade semble complètement guérie*. — Mais M. Bazy doute encore que cette opération guérisse l'hystérie.

M. Poncet (de Lyon), a fait avec succès l'oophrectomie double pour une jeune fille de 18 ans, qui souffrait périodiquement et n'avait ni utérus, ni ovaires. — La guérison fut complète. (p. 233-234). Dans de semblables conjonctures, la castration est facile à justifier, dès que l'intensité des douleurs devient réellement excessive.

M. Doyen, de Reims, a fait trois fois la castration pour

hystérie grave, avec deux résultats nuls et un seul succès.

M. Richelot (de Paris) a eu des renseignements sur 150 malades ayant subi l'ablation des annexes. — Il a obtenu quelques résultats excellents par la castration double ou unilatérale, dans les névralgies pures, localisées à l'ovaire, chez des femmes dont les ovaires étaient sains. — « *Enfin, j'oserai, dit-il, bien que la hardiesse soit grande, citer un exemple d'hystérie vraie, sans lésions ni douleurs ovariennes, modifiée très heureusement par la castration.* »

M. C. Jacobs (de Bruxelles) croit pouvoir conclure de 58 opérations qu'il a pratiquées, au point de vue des résultats éloignés, que l'ablation des annexes est excellente dans les hémato et pyo-salpingites. Elle donne de moins bons résultats dans les salpingites catarrhales, et rarement des améliorations dans les affections nerveuses.

M. le prof. Le Dentu fait connaître quelques déconvenues de l'oophoro-salpingectomie. « Le moindre tronçon de trompe, dit-il, laissé dans le ventre, peut se dilater à son tour et devenir le siège d'un hydrosalpinx douloureux. Il importe donc de faire l'extirpation aussi complète que possible, en posant la ligature au ras de l'utérus, ce qui n'est pas toujours facile, étant donné les adhérences, qui rendent parfois malaisée la pédiculisation du ligament large. Pour combattre cet hydrosalpinx secondaire, la dilatation utérine lente, graduelle, et maintenue longtemps, peut suffire, mais à la condition d'être poussée aussi loin que possible, au moyen d'éponges cylindriques, et non coniques, préparées à la ficelle, et non à la cire. Les résultats obtenus sont durables. » (p. 180.)

M. Terrillon donne une statistique nombreuse, dont il faut retenir 90 opérations, qui ne sont plus récentes et sur lesquelles la mortalité a été de 6 %. L'ablation des annexes a été faite pour salpingites catarrhales ou parenchymateuses, blennorrhagiques, tuberculeuses, purulentes ou hématiques, et même pour hydrosalpinx simples : 74 malades sont guéries définitivement.

vement; 6 seulement ont encore de la dysménorrhée, des métrorrhagies, des troubles vésicaux, ou des douleurs abdominales revenant par crises. « Ces dernières paraissent être dues à une maladie du système nerveux général; car on trouve chez ces malades des signes évidents de l'hystérie. » (p. 181.) — Il semble donc que M. Terrillon renonce à guérir l'hystérie par la castration.

M. Paul Segond résume d'abord 18 opérations et s'efforce de démontrer la supériorité de la castration utérine, pratiquée par la voie vaginale, avec hystérectomie préalable, et l'infériorité *relative* de l'opération par laparotomie à travers la ligne blanche, avec conservation de l'utérus; puis il énumère 17 autres opérations où il n'est question d'hystérie que pour trois opérées, toutes guéries, mais il n'y a que des détails très sommaires sur le sujet dont nous faisons l'étude. M. Paul Segond paraît donc être partisan de la castration pour combattre l'hystérie, du moins dans certains cas.

M. Routier confirme la valeur de l'opération pour pyosalpynx mais il ne paraît pas avoir opéré d'hystériques.

Il est encore bien d'autres chirurgiens français, témoin M. Berlin de Nice, qui s'abstiennent systématiquement dans ces circonstances et qui expliquent comment ils ne sont pas partisans de la castration des hystériques, spécialement lorsqu'il s'agit des névralgies génitales des névropathes. (Du curetage de l'utérus, sa technique et sa valeur, 1892.) « L'élément douleur, *lorsqu'il est isolé*, doit toujours mettre le chirurgien sur ses gardes, dit-il, quant à l'opportunité et à l'efficacité du curetage.

» Lorsqu'une malade accusera simplement des douleurs dans la zone génitale, soit du côté des reins, soit au niveau de l'utérus ou des ovaires, et qu'on ne constatera chez elle ni hémorrhagies, ni catarrhe utérin bien accentué, on devra suspecter la réalité d'une lésion de l'endomètre et ne pas compter sur le

curettage pour la guérison. — Ces malades sont, la plupart du temps, soit *des hystériques vraies*, chez lesquelles un examen attentif fera découvrir d'autres stigmates de la névrose, — soit tout au moins des névropathes. — *Les douleurs dont elles se plaignent ne sont ordinairement liées à aucune lésion matérielle de l'utérus ou des ovaires : ce sont de simples névralgies utérines, ovariennes ou lombo-abdominales.* Ces névralgies ne sont en aucune façon modifiées par le curettage ; les interventions les plus radicales, — même la castration, — l'hystérectomie, ne font généralement que les déplacer, les transporter en des régions diverses ; mais la situation des malades n'en est guère améliorée pour cela. »

M. Pozzi, dans son édition de 1892, fait également quelques réserves : « On a pensé, dit-il, que des désordres souvent graves, épilepsie, manie, étaient d'origine réflexe et sous la dépendance immédiate de la dysménorrhée. C'est dans ces cas là que l'on a pratiqué l'extirpation des ovaires sains, pour faire cesser la douleur, en abolissant la fonction qui la provoquait. »

Pour lui, la bonne intention des autres chirurgiens ne suffit pas à le déterminer. Il est difficile d'en décider. « Toute la difficulté réside principalement dans le point de savoir si le cas est curable par l'établissement de la ménopause ? Il ne suffit pas que l'ovaire soit très douloureux pour qu'on soit *certain* qu'il est le point de départ de la maladie : on connaît l'*ovarie des hystériques* » ; et bien d'autres déceptions aussi obscures.

« Pour l'*épilepsie menstruelle* (menstrual epilepsy), Lawson Tait a obtenu des guérisons, (que M. Pozzi trouve) très encourageantes. Toutefois, G. Willers, élève de Hégar, a fait des relevés qui établissent qu'on a alors plus de chances d'obtenir la guérison si l'ovaire est lésé que s'il est sain. Il en est de même dans l'*hystérie* et l'*hystéro-épilepsie*, avec exacerbation notable au moment des règles et lésion présumée ou constatée des ovaires.

» Si la castration a donné des succès, — elle a aussi donné

de nombreuses déceptions, ajoute M. Pozzi. — Les guérisons, dont quelques-unes ont été très remarquables, peuvent totalement manquer, — ou n'être que temporaires. — Enfin on doit se demander si elles ne sont pas parfois — sous la dépendance de la forte impression morale et de l'espèce de suggestion — produite par l'opération. — Ce qui prouve bien cette dernière influence, c'est, selon M. Pozzi, l'heureux effet qu'a pu produire, exceptionnellement, une castration simulée.

» Malgré les efforts très louables de Hégar, pour restreindre la castration aux cas où l'on peut constater des lésions de l'ovaire, et pour donner à cette opération, même quand on la pratique contre des accidents nerveux, une base anatomique, — il n'est pas douteux que c'est là, — dans l'immense majorité des cas, — un diagnostic tout à fait impossible. — La dégénérescence scléro-kystique, la cirrhose et l'hyperplasie du stroma ovarien se laissent bien rarement reconnaître à la palpation bi-manuelle ; — et, quant aux signes qui provoquent de pareilles lésions, — ils n'ont rien qui les distingue des troubles purement nerveux. » (p. 602). La réfutation des arguments de Hégar est ainsi faite catégoriquement. On peut affirmer sans ambages, que le chirurgien allemand a voulu enlever des ovaires malades ; mais qu'il a ainsi voulu l'impossible. Les signes, qu'il a voulu donner pour éviter l'erreur sont des signes sans valeur. Il est dès lors certain que Hégar a enlevé, non seulement des ovaires malades, mais aussi quelques ovaires sains.

Il ne paraît pas douteux à M. Pozzi que l'ablation, même d'ovaires sains, ait pu modifier l'état du système nerveux, de manière à amener la disparition de réflexes graves, contemporains de la fonction menstruelle. Par suite, l'opérateur ne doit pas tant se préoccuper, d'après lui, de savoir si l'ovaire qu'il doit enlever présente une *lésion anatomique*, que s'assurer qu'il est le point de départ *physiologique* des accidents ; l'examen des signes rationnels primerait donc l'examen physique. — Mais il faut avouer qu'il est excessivement difficile de

se prononcer ; et, à moins d'une conviction bien arrêtée, « un chirurgien consciencieux reculera toujours devant une opération qui, lorsqu'elle est inutile, constitue une véritable mutilation, bien plus grave au point de vue social que l'amputation d'un membre. »

M. Péan préfère à la castration ovarienne l'hystérectomie vaginale qu'il appelle *castration utérine* ; il la trouve supérieure à l'ablation des ovaires, contre les phénomènes nerveux. M. Pozzi n'est pas éloigné de partager cette manière de voir. La castration utérine agit, en effet, en supprimant plus largement le point de départ des réflexes morbides : dans deux cas, il a suivi cette pratique et a obtenu deux guérisons remarquables. Il serait bien précieux de connaître les indications précises, qui ont déterminé le chirurgien dans ces deux cas.

A la *Société de Chirurgie*, M. Richelot revient sur la question le 2 novembre 1892. Il déclare expressément n'avoir en vue que les névralgies pelviennes, c'est-à-dire les *phénomènes douloureux* graves, permanents, rebelles, qui ont pour siège l'utérus et les ovaires, *ne correspondent à aucune lésion définie* et s'accompagnent d'un état névropathique plus ou moins accentué.

« Je ne sais, dit-il, comment faire, parmi les nerveuses, des catégories nettes et tranchées ; mais mon intention formelle est de laisser de côté l'hystérie vraie, à grandes attaques, sans localisations douloureuses dans le petit bassin : j'ai eu cependant un beau succès, par la castration ovarienne, chez une femme, dont j'ai raconté l'histoire au *Congrès de Chirurgie* (1). Il s'agissait d'un cas vraiment désespéré, sans douleurs pelviennes, avec grandes attaques, tentatives de suicide, etc. Les circonstances m'ayant amené à tenter

(1) *Congrès français de Chirurgie*, 1891 ; 5^e session, p. 201.

l'opération, la malade fut absolument transfigurée ; elle devint calme, sérieuse, exempte de tout phénomène nerveux ; et sa guérison, qui pouvait être considérée comme une rémission trompeuse, ne s'est pas démentie depuis trois ans.

» Pour la névralgie, la question n'est plus, dit-il, la même. — On aura beau s'étonner qu'un chirurgien enlève des ovaires douloureux, — tandis qu'il n'ampute pas un bras pour une douleur de l'épaule ; — on aura beau dire, pour expliquer les succès de l'intervention, qu'avec les nerveuses il faut s'attendre à tout, qu'elles guérissent à propos d'une opération comme à propos de rien, quand on s'occupe d'elles et qu'on les satisfait ; — pour moi, si une femme a été longuement traitée, si on l'a satisfaite ou martyrisée par tous les moyens sans calmer sa douleur, si, « clouée dans son lit avant l'opération, elle voit après celle-ci disparaître son mal, se lève et reprend la vie commune, il m'est bien difficile de ne pas considérer cette transformation comme un résultat positif et un bienfait de la chirurgie. » (*Annales de Gynécologie*, XXXVIII).

Il n'est pas douteux que ce sentiment de compassion est très respectable. Il est également certain que l'impression d'un grand service rendu par lui est une profonde satisfaction pour le chirurgien, quelque chose comme un appoint, qu'il ajoute au total des bienfaits de la chirurgie. Il faut cependant toujours se retenir sur cette pente sentimentale ; il faut reprendre la mesure sage, en reprenant les bases d'une rigoureuse critique scientifique.

M. Marion Sims jeune (1) fait, quelques mois plus tard, à la *Société américaine de Gynécologie* (séance du 18 mai 1893) une communication pour démontrer que l'hystéro-épilepsie est le plus souvent due à une irritation nerveuse causée par une affection utérine.

(1) *Mercredi médical* du 12 juillet 1893.

Il en a observé six cas, avec attaques soit menstruelles, soit intermenstruelles, — qui tous ont été traités chirurgicalement et ont guéri. — Dans deux cas, l'utérus était en antéflexion avec rétrécissement du col; dans un troisième, les ovaires étaient kystiques et les trompes dilatées; dans un quatrième, l'ovaire gauche était seul kystique et la trompe dilatée. Dans le cinquième, l'ovaire droit était hypertrophié. Dans le sixième cas, les deux trompes étaient hypertrophiées et adhérentes.

Cinq fois l'intervention chirurgicale a consisté dans l'extirpation des annexes; dans un autre cas un traitement intra-utérin a suffi pour donner le résultat désiré. La guérison se maintenait depuis fort longtemps, au moment de la publication du travail de M. Sims (7 années dans un cas). Toutefois les succès ne sauraient suffire à justifier de semblables sacrifices. Il faut protester contre de pareils entraînements. M. Richelot a eu raison de ne pas trouver une indication suffisante dans l'hystérie, même dans les attaques. Que dire, quand il s'y ajoute simplement de l'antéflexion et du rétrécissement du col?

Pour M. Gordon, la question se précise; l'atrésie et la déviation de l'utérus sont laissées hors de cause: la névrose est due à des maladies des annexes et non à des maladies de l'utérus.

M. Ami J. Magnin s'efforce de préciser davantage encore. Il admet que des douleurs intenses et des accidents nerveux graves soient imputables à de petits kystes, à des fibromes, à des tumeurs tubo-ovariennes, à la sclérose des ovaires, à leur dégénérescence spéciale mentionnée par Battey, à la cirrhose exanthématique de Tait. Pour lui, il y a toujours une maladie des annexes, qui est le point de départ des accidents nerveux. Il admet que les ovaires enlevés ne sont jamais exempts de lésions: c'est son moyen d'excuser tous les chirurgiens sans distinction. « Par la castration nous enlevons des organes

malades et nuisibles, de même que nous le ferions dans toute autre partie du corps. » (p. 291).

Il s'en faut toutefois que ces justifications, faites *a posteriori*, soient de véritables arguments cliniques.

M. Magnin n'a besoin de personne pour s'en convaincre. « Malgré les assertions catégoriques d'Hégar, qui détermine par le toucher la condition exacte des organes qu'il excisera, il est souvent difficile et même impossible de sentir les ovaires et de décider, lorsque l'on peut y réussir, si l'organe est sain ou malade.

» On peut même aller plus loin et dire qu'après l'ouverture du ventre, l'ovaire en main, il n'est pas toujours possible de savoir s'il est le siège de lésions pathologiques ou non, ainsi que le prouve le fait suivant, communiqué par M. le professeur F. Terrier, à la *Société de Chirurgie*. Après avoir excisé un ovaire, qui présentait microscopiquement toute l'apparence d'un organe en voie de dégénérescence kystique, il pria M. le prof. Ranvier et M. Malassez d'en faire l'examen micrographique et il obtint une réponse nette : il n'y avait aucune altération pathologique. » (pp. 291-292). — Il paraît donc certain que, dans ce cas, la castration a été faite, pour enlever non pas un ovaire malade, mais bien un ovaire sain. — Mieux vaut l'avouer loyalement, que d'épiloguer et vouloir trouver de prétendues altérations pathologiques, dans un état, qui n'est réellement qu'une forme particulière de la structure normale.

Hégar (Hégar et Kaltenbach, *Oper. Gyn* 3^e édition, 1886) reconnaît implicitement ce fait, lorsqu'il écrit : « Nous avons plusieurs fois obtenu des résultats durables de la castration dans des cas où un examen attentif n'a montré, à part une légère péri-oophorite, qu'un état simplement hyperplasique, du stroma de l'ovaire. » — Ces lésions, on le voit, sont tout à fait insignifiantes : — autant dire que la castration a souvent réussi après avoir été pratiquée sur des ovaires sains.

Il en paraît être de même dans le fait suivant : « Un examen microscopique a été fait sur les ovaires de deux femmes opérées par le docteur Lebedew. Elles présentaient toutes les deux des phénomènes douloureux du côté des ovaires, des troubles menstruels et des phénomènes hystériques... et les ovaires furent trouvés profondément altérés dans leur structure, quoique peu volumineux. Les lésions portent sur les vaisseaux, les nerfs et les vésicules de De Graaf. Les artères présentent les altérations habituelles de l'endo-périartérite chronique; le tissu conjonctif des nerfs était notablement hyperplasié et un certain nombre de cylindres axiles atrophiés. Les vésicules de De Graaf, en nombre normal, étaient presque toutes altérées, quelques-unes gélatineuses, la plupart dépourvues d'œuf, distendues par un contenu granuleux uniforme; la tunique fibreuse du follicule très épaissie, la couche épithéliale au contraire atrophiée. Dans les quatre ovaires étudiés, l'albuginée présentait une épaisseur et une résistance anormale, et la couche corticale de l'ovaire était élargie par rapport à la substance médullaire. Il est à noter cependant qu'il n'y avait pas de sclérose du parenchyme ovarien, pas d'oophorite diffuse proprement dite (1). »

Il ne semble pas que cette analyse histologique ait rien modifié à l'obscurité de la question. — Les chirurgiens, qui se défendent d'enlever des ovaires sains, se prévalent de cette analyse histologique, pour qualifier « morbides » tous les ovaires par eux sacrifiés; ils en pourraient dire probablement autant des ovaires de presque toutes les femmes nubiles. — Ceux qui admettent la licéité de la seule forme de la castration qui soit discutable, celle qui enlève des ovaires normaux, ceux-là ne prennent même plus la peine de discuter d'un état pathologique aussi problématique; ils reconnaissent sans ambage qu'ils ont enlevé des ovaires réellement sains.

(1) M^{me} S. V. Filemenow. *De l'état anatomo-pathologique des ovaires dans les névroses*, par M^{me} S. V. Filemonow, traduction de M. Wilbouchewitch. *Annales de Gynécologie*. Tome XXXVII, 1892.)

La question demeure donc ce qu'elle était en 1885 au Congrès de Berlin. — M. Schröder y a constaté l'ignorance de tous, sur ce qui est en deçà ou au-delà de l'état normal de l'ovaire. « Il nous manque, dit-il, des travaux pour dire — si dans les ovaires, il y a de petits kystes : — si une structure plus dense du stroma est un état pathologique. » — A la même séance Olshausen est complètement d'accord avec Schröder ; — il pense que la dégénérescence des ovaires par petits kystes doit être regardée — quelquefois comme une manifestation pathologique, — quelquefois pas.

Cette façon d'épiloguer sur des lésions aussi problématiques est une manière de se dérober en présence d'un grave problème, mieux vaut l'aborder directement et se poser catégoriquement la question : faut-il ou non accorder la castration lorsque les ovaires sont sains, ou comme sains.

Nous pourrions accepter les conclusions de *l'emploi et de l'abus des opérations de Battey et de Tait*, par William Baker (*Boston medical and surgical Journal*, 12 février 1885). — 1° Les opérations doivent être réservées pour les cas où les altérations de structure des ovaires ou des trompes sont absolument démontrées, et où les traitements plus bénins, bien faits, après un essai de plusieurs mois, ont complètement échoué. — 2° Pour les cas, où, en plus de ce qui vient d'être dit, l'extraction des annexes de l'utérus peut devenir nécessaire ; lorsque le processus menstruel compromet essentiellement la vie ou l'intelligence de la patiente, même quand les altérations anatomiques de ces organes n'ont pu être diagnostiquées préalablement. — (La troisième conclusion regarde le kyste de l'ovaire.) — 4° Une incision exploratrice peut quelquefois être conseillée, si, pour diverses raisons, le diagnostic est impossible sans cette opération préliminaire. (*Archives de Tocologie*, 1885).

Il faut cependant bien insister sur le côté extrêmement aléatoire de la castration de la femme.

Si on enlève les ovaires parce que les malades ont des crises convulsives, ou parce qu'elles présentent des douleurs abdominales vives, on est parfois déçu : les crises convulsives se représentent et les douleurs reparaissent, parce qu'elles ne siègent pas exclusivement dans l'ovaire. M. J. Lucas-Championnière reconnaît le bien fondé de l'objection et il n'hésite pas à dire : « si les crises ou les douleurs n'avaient pas une intensité exceptionnelle, l'opération ne serait guère justifiable. » (*Société obstétricale et gynécologique de Paris*).

Pour lui, l'indication de l'oophrectomie repose sur l'intensité réellement exceptionnelle des douleurs et sur la gravité des symptômes de l'hystérie symptomatique. Il interprète les succès de la castration par l'action modératrice de la ménopause prématurée. (1)

La castration établit prématurément la ménopause. M. Magnin en donne l'assurance sous l'inspiration de M. J. Lucas-Championnière et conformément à l'avis de plusieurs autres chirurgiens. — « Elle peut ainsi guérir certains désordres généraux et certaines affections nerveuses. Mais, avant de recourir à une opération toujours dangereuse, il est indispensable d'établir la relation entre la menstruation et les accidents du système nerveux, qui se manifestent sous forme de dou-

(1) « Outre que l'intensité des phénomènes (douloureux et hystériques), peut être telle, qu'il est bien légitime de tenter, *même un moyen dont l'efficacité n'est pas absolue*, il est très commun que, chez ces sujets, l'époque menstruelle soit accompagnée d'une aggravation considérable des troubles, d'exacerbation des douleurs, quelquefois des hémorragies qui anéantissent la malade et aggravent chaque mois la situation. On peut espérer légitimement, dans ces cas, que la ménopause artificielle apportera un soulagement considérable par la disparition de ces exacerbations. Que l'on ajoute ce résultat à l'apparition généralement intense de l'hystérie, et la modification de l'être et du caractère, que la ménopause artificielle entraîne probablement comme la ménopause vraie, et l'on aura plusieurs raisons d'opérer. » (J. Lucas-Championnière).

leurs, de crises hystériques ou d'attaques épileptiformes. Leur apparition simultanée n'en est point en elle-même une preuve suffisante ; il faut y ajouter les localisations des accidents nerveux et rechercher avec soin si les phénomènes dépendant de l'ovulation leur donnent naissance. » (p. 292).

Cependant, si telle est l'opinion de M. Magnin, lorsqu'il s'agit de décider une castration ovarienne, il se garde bien de cacher les obscurités de la question de la ménopause. (1)

« La ménopause, écrit-il, abolit la congestion d'organes sains ou malades, qui, pendant leurs repos, n'occasionnent aucun désordre, et qui ne deviennent des causes de manifestations pathologiques que pendant leurs périodes d'activité ; de plus, on peut espérer de voir disparaître, avec les règles, les phénomènes nerveux, qui ne se montrent qu'au moment de leur apparition et qui s'évanouissent avec elles. L'appareil

(1) M. Porak donne à la *Société obstétricale et gynécologique* de Paris (9 Juin 1887) les résultats de ses recherches relativement à la ménopause provoquée par ovariectomie double : — Goodman n'a obtenu la ménopause que 10 fois sur 27 ovariectomies doubles ; — Goodel, 78 fois sur 98 opérées ; — Hégar a eu 26 ménopauses sur 30 opérées, 1 fois les règles persistent, 3 fois la menstruation fut irrégulière ; — Rochowick, sur 12 cas, obtient 4 ménopauses complètes, 3 ménopauses au bout de quelque temps, 2 fois des phénomènes congestifs et 3 persistances de règles ; — Felhing, sur 9 opérées, obtient 4 ménopauses complètes et immédiates, 3 ménopauses tardives et deux persistances irrégulières des règles ; — Wiedow obtient, sur 16 cas, 11 fois la ménopause complète, 4 fois la ménopause après 3 menstruations et 1 fois la ménopause après 9 menstruations. On voit, observe M. Porak, qu'entre les mains d'opérateurs habiles, qui certes, auraient enlevé l'ovaire en totalité s'ils avaient pu le faire, la ménopause n'est pas obtenue nécessairement, certainement. C'est donc, un aléa qu'il est bon d'indiquer — et qui retire en partie la confiance — qu'on peut avoir dans l'ablation des ovaires. (*Archives de Tocologie*, p. 670).

Un peu plus loin, M. Porak explique la possibilité d'une ablation incomplète de l'ovaire. « C'est un inconvénient, répète-t-il, de nature à retirer, en partie, la confiance qu'on peut avoir dans l'ablation des ovaires. »

génital peut être, ou ne pas être, le siège de lésions anatomiques. » (p. 292). — Cependant, il importe de le répéter souvent, la castration, dans ces conditions, est toujours une opération grave et aléatoire.

Elle a sa mortalité obscurcie par des causes inconnues.

Elle a ses succès, — ses rechutes et ses déceptions, — même quand la malade survit.

« Il n'existe peut-être pas d'opération plus sérieuse que l'oophrectomie ; elle entraîne des risques opératoires..... L'ouverture du péritoine, les complications que suscitent les adhérences contractées par des ovaires, le plus souvent dégénérés, et la coexistence d'organes environnants altérés, l'état nerveux spécial des patientes, qui rend l'anesthésie longue et difficile, constituent des dangers que les hommes expérimentés et habiles peuvent seuls affronter. — De plus, les parois abdominales n'ont pas été distendues par la présence d'une tumeur volumineuse, ou par l'accumulation de liquide ascitique et les intestins tendent à faire protrusion ; — la recherche de l'organe est rendue difficile par l'existence d'adhérences vasculaires, qui le rattachent, soit aux trompes, soit aux parois du bassin, soit aux ligaments environnants, qui l'enveloppent, qui empêchent sa libération, et dont la rupture facilite l'accumulation d'épanchements sanguins dans la séreuse. — Le pédicule, le plus souvent court, peut faire entièrement défaut ; l'isolement et l'extirpation de l'ovaire dans sa totalité sont dès lors rendus impossibles. — Aupoint de vue opératoire, toutes ces conditions sont infiniment moins favorables, que celles que l'on rencontre dans plus de la moitié des ovariotomies. » (Ami J. Magnin. *De la castration chez la femme comme moyen curatif des troubles nerveux*. Thèse, Paris, 1887.) (1)

(1) Pour M. Auvar, « quand tout traitement échoue et que les douleurs sont assez intenses pour rendre la vie insupportable et donnent parfois

La première opérée de M. J. Lucas-Championnière avait 32 ans ; elle n'avait pas de grandes crises hystériques, mais une sensibilité ovarienne extraordinaire, des douleurs dans cette région, qui prenaient, aux époques menstruelles, une intensité extrême ; depuis trois ans, elle était constamment couchée. Pendant plus de trois mois, elle est observée à l'hôpital : elle n'a pour ainsi dire pas quitté son lit ; les douleurs atroces permettent à peine l'examen ; — la malade répétait qu'elle se suiciderait, si on ne trouvait rien à lui faire. — L'oophrectomie (29 octobre 1884) présente quelques réelles difficultés : dès que l'on touchait à l'ovaire, la malade se réveillait, la résolution des muscles droits ne put être obtenue à aucun moment. Cependant les deux ovaires furent enlevés successivement avec les trompes correspondantes, et liés au moyen de deux fils de soie. L'opérée meurt le second jour sans avoir présenté de vomissements, mais des douleurs vives, une tendance à la syncope, un pouls très rapide ; la température s'élève peu avant la mort. L'autopsie est absolument négative, M. J. Lucas-Championnière attribue la mort à ce qu'une grande part de plexus nerveux est comprise dans des ligatures, comme après l'hystérectomie ; il en résulterait des réflexes graves, que certaines dispositions opératoires pourraient peut-être éviter (1).

des idées de suicide, le gynécologue sera autorisé à conseiller et à pratiquer la castration ;..... mais cette thérapeutique radicale devra être réservée à des cas très exceptionnels. » On fera toujours bien de se défier de la menace déclamatoire du suicide. La crédulité serait souvent une naïveté.

(1) M. J. Lucas-Championnière a fait une leçon sur certains accidents, qu'il appelle : troubles réflexes après les opérations sur l'utérus et ses annexes.

Une observation facile à faire : c'est le chiffre variable de la mortalité par les diverses opérations sur les organes génitaux de la femme, chiffre qui s'élève d'autant plus qu'on touche à l'utérus d'abord, puis aux ovaires peu malades ou même sains. Ainsi il est presque indifférent d'enlever de gros kystes de l'ovaire avec adhérences, tandis qu'il y a gravité à faire

« Putnam-Jacobi et Wendt ont vu beaucoup d'opérations faites dans les cas de crise hystériforme sans le moindre succès. M. Tissier le rappelle. Au *Congrès de Copenhague*, en août 1885, Spencer Wells, Kœberlé, Olshaussen, Gusserow, Kugelman et Priestley, ne se montrent qu'à demi convaincus de l'efficacité de l'opération dans les états nerveux dysménorrhéiques. Quelques-uns croient même que l'opération peut aggraver l'état nerveux des malades. C'est ce qu'on peut voir dans l'observation de Bruntzell (1), (de Breslau), et ce qu'on peut déduire de la communication de M. Reclus à la *Société de Chirurgie*, le 5 mars 1884. Beaucoup des insuccès seraient dus à ce que des opérateurs ont voulu traiter par la castration des cas d'hystérie ou d'épilepsie vraie, — ce Moloch ressuscité

l'ablation d'ovaires petits, atteints d'ovaralgie, et considérés comme la cause d'accidents hystériques intenses. Cette gravité particulière est attribuée, par le savant chirurgien, à l'instabilité des plexus nerveux utérins et ovariens, tirillés pendant l'opération ou étranglés dans le pédicule. La preuve, dit-il encore, c'est que du moment, où pendant l'opération, on tire le pédicule, la malade même profondément endormie, se réveille un peu, manifeste de la douleur, sa respiration se suspend, son pouls devient petit, il y a une sorte de hoquet. Ce sont là des accidents immédiats; mais il y en a d'autres qui ne s'observent que vingt-quatre heures après l'opération. Ils ont quelque chose qui rappelle les accidents inflammatoires graves : fréquence du pouls et dyspnée, mais température normale, ce qui ne s'observe pas dans la péritonite. Le pouls est petit, dépressible; il y a des vomissements qui peuvent durer quatre à cinq jours, qu'on confondait autrefois avec ceux de la péritonite septique. Enfin, il y a un crachotement particulier que M. Championnière considère comme le signe pathognomonique de ces accidents. Ces différents accidents revêtent deux formes cliniques : une grave, une bénigne. La forme grave est souvent mortelle, la température reste normale; elle s'élève ordinairement très haut au moment de la mort. Cette ascension rappelle assez celle du tétanos. Les formes bénignes sont les plus fréquentes; c'est ordinairement le deuxième jour que ces accidents surviennent; le crachotement permet toujours d'en faire le diagnostic. (*Bulletin médical*. Paris, 1888, p. 302; *Archives de tocologie*. Paris. 1888.)

(1) *Archiv. für Gynækologie*. B. XVI, H. 1, p. 107.

auquel, de loin en loin on s'impose d'immoler quelque organe innocent. — L'inanité du sacrifice ne va pas étonner ! » (*De la Castration de la femme en chirurgie*, thèse de Tissier. Paris, 1883).

Les déconvenues de la castration ne sont pas toujours connues ; mais on en découvre quelques aveux.

M. Reclus a enlevé, pour un double kyste ovarique, les deux ovaires d'une femme sujette à des crises d'hystérie. Pendant la cicatrisation de la plaie, cette malade eut des crises hystériques extrêmement fortes ; mais celles-ci parurent s'amender trois semaines après la guérison et la malade put quitter l'hôpital considérablement améliorée.

L'insuffisance de la castration ne saurait, d'ailleurs, être trop démontrée.

M. le prof. Le Dentu en a fourni un nouveau témoignage au V^e Congrès français de Chirurgie (1^{er} avril 1891) : « J'avais extirpé à une femme de 31 ans successivement les annexes des deux côtés, à un an de distance. Comme elle continuait à souffrir, je lui fis le curettage ; mais elle n'en tira aucun avantage. — *Ses supplications me décidèrent à lui enlever l'utérus* il y a trois mois. — Les pinces, quoique bien appliquées et serrées jusqu'au dernier cran, ayant glissé, *l'opérée faillit mourir d'hémorrhagie*. . . . Elle se tira d'affaire, mais avec une fistule de l'uretère gauche — et une petite fistule stercorale au côté droit du vagin, — survenue très tardivement trois semaines après l'opération.

» La prolongation des douleurs est quelquefois due à une cause, sur laquelle on n'a peut-être pas suffisamment insisté : c'est l'ablation complète de la portion la plus interne des trompes. Cette portion de trompe, si courte qu'elle soit, est susceptible de se dilater de nouveau. J'ai observé ce fait trois fois, peut-être quatre fois. » (p. 178).

On lit dans la revue belge (*Journal d'accouchement* de

Charles, 30 novembre 1891) une communication de M. Rochet (d'Anvers), d'où il résulte que « d'une première observation, on peut conclure que l'hystéro-épilepsie symptomatique d'une affection des annexes de l'utérus est justiciable de l'ablation des parties malades, lorsque cette ablation est — nécessaire — pour la guérison des troubles survenus du côté des organes génitaux.

» Lorsqu'en même temps que des accidents hystéro-épileptiques, on trouve une maladie quelconque des annexes : prolapsus des trompes et des ovaires, avec péri-ovario-salpingite adhésive, on aura, d'après M. Rochet, presque la certitude de guérir les troubles nerveux en enlevant les organes malades, si les commémoratifs indiquent que la maladie nerveuse a suivi les troubles du côté des organes génitaux et si elle n'est pas trop ancienne. — Si, au contraire, les symptômes hystériques ont précédé l'affection des organes génitaux, ou si l'hystérie n'est pas accompagnée de lésions anatomiques du côté des organes reproducteurs, l'ablation des ovaires ne déterminera aucun changement dans l'état hystérique de la femme.

Une deuxième observation de M. Rochet a trait à une nerveuse soumise à la castration bilatérale. Les deux ovaires étaient polykystiques et sclérosés. L'opération n'a pas modifié l'état nerveux. — Si donc la castration ovarienne ne produit aucune amélioration en cas d'hystérie essentielle, même très légère, on ne voit pas pourquoi elle amènerait des modifications quelconques lorsque les manifestations hystériques sont plus marquées.

» La castration utéro-ovarienne ne produit donc pas d'effet pour la guérison de l'hystérie, lorsque la névrose n'a pas pour point de départ une lésion des organes génitaux. »

M. Rochet signale en outre l'observation d'une femme, à qui il a pratiqué la castration utéro-ovarienne pour guérir une suppuration pelvienne avec rétroversion adhérente, très douloureuse. Parfaitement guérie des symptômes dus aux

lésions des organes pelviens, qui ont nécessité l'intervention, cette jeune femme, hystérique déjà avant de souffrir du côté des organes génitaux, l'est restée tout autant qu'avant de subir l'hystérectomie.

M. Robert se trouve donc parfaitement en situation de conclure : Il ne faut pas employer la castration contre les symptômes hystériques seuls.

Freund, de Strasbourg, cite au Congrès de Berlin 1886, un cas d'hystéro-épilepsie ovarienne, où l'ablation d'un kyste dermoïde fut faite et la guérison n'eut pas lieu.

Jacobs indique que le traitement des manifestations nerveuses génitales chez la femme sera seulement celui de l'hystérie, de la neurasthénie. Les lésions minimales des régions douloureuses attireront évidemment l'attention du médecin et seront traitées localement. Il ne fait donc pas la place de la castration pour guérir l'hystérie, même minime.....

Le traitement chirurgical des névralgies graves et rebelles, constitue encore un des chapitres les plus discutés et discutables de la chirurgie moderne. Les uns sont partisans de la coélotomie, les autres de la castration utérine par le vagin, — lorsqu'on a acquis la certitude que tout autre traitement conservateur ne peut amener d'amélioration.

M. Jacobs ne discute pas les arguments en faveur des opérations radicales, mais il tient « à prévenir ses confrères des résultats décevants de ces opérations; l'ablation d'organes douloureux, sans lésions, ne donne — que rarement — le résultat espéré. »

M. le D^r A. Doleris (*Trop de mutilations inutiles, pas assez de gynécologie conservatrice*; extrait des *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie*, août et septembre 1891), s'élève contre l'abus de l'ablation des annexes de l'utérus, (511 pour 7 opérateurs dans une statistique produite, proportion qui devrait être décuplée. si l'on ajoute ceux des principaux chirurgiens des 45 services de chirurgie, les hôpitaux particu-

liers et les cliniques libres), il estime que les huit dixièmes des femmes pouvaient éviter l'opération radicale, ce qui ferait 4.000 femmes stérilisées inutilement ! Plus loin il dit : « Je laisserai la castration pour myomes et même pour abcès enkystés de la trompe ; mais, quand on voit le nombre d'opérations entreprises pour des folliculites ovariennes, pour des salpingites catarrhales, pour des névralgies pelviennes, *pour l'hystérie vraie* ou la pseudo-hystérie, il est de toute nécessité d'examiner les choses de près. »

La castration comme traitement de l'hystérie lui paraît être un thème intéressant entre tous.

« En attendant, dit-il, la publication d'un mémoire que je prépare en collaboration avec mon assistant, M. le D^r Duthil, *sur les relations qui existent entre les névroses et les affections génitales de la femme*, je me permettrai de risquer déjà quelques aperçus.

» Il faut d'abord se prémunir contre une source d'erreurs qui entachent certaines statistiques à cet égard. — Il en est, qui datent seulement de deux ans, et contiennent par conséquent, uniquement des faits récents, trop récents surtout pour juger l'action spéciale de la castration dans les névroses. — Une autre surprise, c'est que la mortalité opératoire paraît être devenue une quantité négligeable, ... plus loin il ajoute : je suis en droit je suppose, d'émettre cet avis, que pour juger sainement de la valeur d'une intervention contre des affections, — *qui ne sont point mortelles* comme les névralgies, les névroses et les pseudo-névroses, — qui, de leur essence même, sont souvent passagères, il faudrait : 1^o le contrôle prolongé du temps et l'expérience de plusieurs années ; 2^o la démonstration — absolue — que l'opération n'est jamais mortelle, — même dans ces cas. »

Dans la séance du 18 novembre 1892 de la Société médicale des hôpitaux de Paris, M. le prof. Debove a présenté l'obser-

vation d'une « hystérie développée chez une femme ovariotomisée ». L'observation lui a paru intéressante à signaler à cause des discussions récentes soulevées à la Société de chirurgie. Elle montre que l'ovariotomie non seulement ne guérit pas l'hystérie et les douleurs du petit bassin dites ovariennes et dépendant de cette névrose, mais encore et surtout qu'elle n'a même aucune action préventive.

Il s'agit d'une femme de 38 ans. En décembre 1889, on lui a enlevé les deux trompes et les deux ovaires qui furent trouvés dilatés. Elle guérit parfaitement et ses règles ne revinrent plus. Le 28 juin 1890, elle eut sa première attaque de nerfs, qui depuis cette époque a été suivie d'un certain nombre d'autres. Or, jamais on n'avait constaté aucune attaque, ni aucun signe d'hystérie avant l'opération, excepté une légère émotivité : aussi est-on autorisé à conclure que l'ovariotomie, non seulement ne guérit pas l'hystérie, mais n'a même aucune action préventive.

Au moment où M. le prof. Debove a examiné la malade, elle présentait une hémianesthésie droite avec la douleur de la fosse iliaque, dite douleur ovarienne. Ce fait montre que cette douleur n'est pas toujours ovarienne, ce que l'on pouvait supposer étant données les observations, (dont l'auteur en a publié plusieurs,) de douleurs analogues chez l'homme.

Et cependant il s'agit bien d'une douleur présentant les caractères de la douleur ovarienne : la compression fait naître une attaque et l'application d'aimant amène un transport de la douleur en question.

On peut donc conclure qu'une intervention ne met à l'abri, ni d'une hystérie, ni de ses manifestations dites ovariennes. « Je n'oserais pas affirmer qu'elle ne les a pas provoquées » ajoute M. Debove.

Dans la discussion qui a suivi la lecture de cette observation, M. Desnos a relaté des faits du même ordre ; il a vu deux fois l'aliénation mentale suivre l'opération de l'ovariotomie.

M. Rendu remarque que beaucoup d'opérations de chirurgie abdominale peuvent donner lieu à des phénomènes de ce genre. Il a fait opérer une femme, chez laquelle on a pratiqué un anus contre nature ; mais cinq ou six jours après l'opération, elle a commencé à divaguer. On ne put émettre l'hypothèse d'une intoxication par les substances employées pour le pansement, car l'aliénation a persisté et la malade est morte aliénée.

M. Barié rappelle que M. Reynier lui a souvent fait remarquer qu'à la suite d'interventions sur le ventre, les femmes étaient prises de troubles cérébraux, et M. Mathieu a observé une malade, à laquelle on avait enlevé les deux ovaires, et qui fut prise de nymphomanie quelque temps après.

Dans un travail communiqué à la *Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, M. E. Régis relate, lui aussi, un cas de folie consécutive à une ovaro-salpingectomie.

L'auteur expose d'abord, qu'en France, on ne s'est guère occupé du traitement chirurgical de la folie ; il ne croit pas qu'on y ait jamais pratiqué l'ablation des ovaires, chez les femmes aliénées, dans un but exclusivement thérapeutique. — Il n'en est pas de même aux Etats-Unis, où cependant la majorité des aliénistes semblent encore vouloir contester à cette opération toute influence favorable sur l'état mental ; — certains même n'hésitent pas à la considérer, dans l'espèce, comme une mutilation inhumaine, inexcusable et illicite.

Le côté important de la question, celui qui prime tous les autres en réalité, est le côté médical, c'est-à-dire le point de savoir quel peut être, dans un cas déterminé, l'effet de l'ablation des ovaires et des trompes sur l'état mental d'une femme aliénée.

Comme les faits sont trop peu nombreux pour permettre une conclusion, on se trouve en présence de deux opinions absolument contradictoires : — 1^o celle du D^r Alice Bennett,

chargé du département des femmes de l'asile de Noristoun, qui, sur six cas d'ablation des annexes par section abdominale, aurait obtenu : dans trois cas, la guérison physique et mentale ; dans un cas, la guérison physique et une amélioration mentale très marquée avec probabilité de guérison ; dans un cas d'épilepsie d'origine puerpérale, amélioration des accidents convulsifs, sans amélioration mentale correspondante ; dans un cas enfin, mort par péritonite six jours après l'opération ;— 2^o celle du D^r Thomas G. Morton, qui soutient, non seulement que l'oophrectomie est incapable d'avoir un effet salutaire sur un trouble mental préexistant, mais encore qu'elle *peut, chez les personnes saines jusqu'alors, déterminer l'éclosion de diverses névroses et même la folie*. Il existe, en effet, déjà d'assez nombreux cas de ce genre, cités par les gynécologistes (1).

M. Régis rappelle à ce propos la séance du 18 novembre 1892 de la *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, où M. le prof. Debove a rapporté un cas d'hystérie développée chez une femme ovariétomisée, et la discussion, où M. Desnos déclara, à son tour, avoir observé deux fois l'aliénation mentale à la suite d'ovariectomies.

Il s'ensuivrait donc que l'ablation chirurgicale des annexes chez les femmes serait une arme à deux tranchants, dispensant, suivant les cas, le bien ou le mal, rendant aux unes la raison et provoquant chez les autres la folie.

M. Régis a pu observer avec Loumeau, un autre cas de psychose survenue à la suite de l'ablation des ovaires et des trompes. Il s'agit d'une Israélite de 35 ans, mariée, d'une intelligence moyenne, mais d'un grand bon sens et qui compte, dans une collatéralité assez éloignée, deux précédents d'aliénation mentale. Son père serait mort de chagrin. Il n'y a pas d'alcoolique, ni de syphilitique dans sa famille. Elle a fait

(1) Vène. *Etude sur les délirs post-opératoires*, th. de Paris, 1891.

trois fausses couches, et a mis au monde deux enfants vivants et bien portants. A la suite d'une fausse couche, survenue il y a neuf ans, elle a commencé à éprouver des troubles morbides du côté des organes génitaux : dysménorrhée, douleurs abdominales, péritonites multiples, utérus en rétroflexion, irréductible. Pendant trente mois, elle s'est trouvée astreinte au décubitus horizontal absolu et forcé. L'ablation des ovaires et des trompes opérée le 20 octobre 1892, avec le concours de MM. Monod, chirurgien des hôpitaux et Duclos, externe. Les suites opératoires sont très simples. Le 28 octobre, huit jours après l'opération, M^{me} X..., qui n'avait rien offert jusque-là d'anormal, fut prise assez brusquement de troubles psychiques, qui, tout d'abord, se présentèrent avec les allures d'un délire toxique, caractérisé par des hallucinations de la vue de nature terrifiante. Au bout de quelques jours, ces phénomènes disparurent, mais le trouble mental se modifia, en s'accroissant, et la malade est tombée ainsi progressivement dans une sorte de confusion d'esprit avec torpeur intellectuelle et physique, idées mélancoliques et hallucinations. — Tout en reconnaissant la large part, qui revient ici à l'hérédité comme cause prédisposante, il est évident que le motif véritablement occasionnel, dominant, de la maladie, a été l'opération chirurgicale, agissant par l'action complexe du traumatisme physico-moral, de l'agent anesthésique, et principalement peut-être, par les modifications biologiques apportées dans l'économie par la suppression d'organes aussi importants que les ovaires, ainsi que cela a lieu à la suite de l'ablation du corps thyroïde. Aussi MM. Régis et Loumeau prièrent-ils M. Féré de pratiquer des injections sous-cutanées de suc ovarien. — Ce traitement améliora l'état de la malade. (*Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie*, 25 décembre 1893).

M. Choteau a, lui aussi, observé des troubles nerveux après une opération obstétricale, dans le cas d'une jeune femme de 35 ans environ, à qui il avait enlevé un polype fibreux du volume

d'une noix, siégeant dans la cavité utérine et qui occasionnait des métrorrhagies abondantes. (In *archives de tocologie et de gynécologie*, octobre 1894).

« J'opérai, dit-il, la dilatation du col utérin avec une tige de laminaire, puis celle de la cavité utérine à l'aide de bourdonnets de gaze iodoformée; puis je fis l'ablation du polype sans trop de difficultés avec l'écraseur de Maisonneuve, sans narcose. — Des injections antiseptiques et quelques tamponnements intra-utérins, puis vaginaux, de gaze iodoformée furent ensuite pratiqués. Le repos au lit fut absolu durant quinze jours; les suites opératoires normales.

Puis les métrorrhagies, les forces reviennent, la malade est enchantée du résultat opératoire. Trois semaines environ après l'opération, ma malade devient agitée, anxieuse sans raisons. On remarque des troubles digestifs, des spasmes œsophagiens. Elle se plaint de douleurs bizarres, à localisations multiples et variables, de sensations de chaud, de froid, de vide. Elle craint de marcher, sous prétexte de fondrières, de gouffres imaginaires, qui se dressent sous ses pas. Elle exige la présence des siens constamment autour d'elle. Elle a nettement conscience de ses terreurs, mais elle est incapable de les réprimer. D'active, presque intéressée, qu'elle était auparavant, elle devient indifférente à tout ce qui l'entoure et se soucie peu des intérêts. J'ordonne des douches matin et soir et une médication bromurée: bromure de potassium et bromure de camphre. Rien n'y fait. De guerre lasse, je suis résolu à essayer l'isolement son milieu ordinaire. Je viens de la décider à partir pendant quelques mois dans la Beauce, son pays natal, qu'elle n'a pas revu depuis quinze ans. J'espère que ce nouveau genre de vie, joint au changement de pays, amènera une grande amélioration, sinon la guérison. Je pense qu'il faut rechercher la cause de troubles semblables dans les liens qui unissent la vie génitale à la vie cérébrale.

« C'est le choc moral qu'on doit incriminer, comme l'a dit

» récemment van Hassel devant la Société obstétricale de
» Bruxelles, au sujet d'une communication du docteur Jacobs,
» sur la folie post-opératoire. L'annonce d'une opération
» frappe l'esprit timoré de certaines femmes d'une secousse
» profondément ressentie ; leur cerveau a perdu tout ressort,
» toute volonté ; il s'est laissé absorber par une idée fixe, faite
» de terreur, d'affaissement et de visions sombres pour l'avenir.
» Une répercussion considérable s'est produite ainsi sur les
» centres nerveux cérébraux et médullaires. Il en est résulté
» une dépression ou une exaltation selon leur impression-
» nabilité spéciale et le degré de tension de leur pensée. »

Dans le cas particulier, ajoute M. Choteau, le choc moral semble jouer un grand rôle dans l'origine des accidents nerveux post-opératoires, mais on peut se demander si la malade n'y aurait pas été prédisposée, par suite des hémorrhagies préalables considérables ayant occasionné des syncopes prolongées ; l'obsession d'une opération, agissant sur un cerveau anémié, aurait amené de graves perturbations dans les fonctions cérébrales.

Par ailleurs, van Hassel et M. Gaulard ont observé de semblables terminaisons nerveuses après des opérations peu sanglantes, comme le curettage utérin, chez des femmes non sujettes à des hémorrhagies antérieures.

Bien des excès ont été commis.

Goodell, croyant voir un rapport entre la fonction ovarienne et le développement des maladies mentales, proposa la castration chez toutes les folles.

Goodell encore conseilla sérieusement l'ablation des ovaires, comme un remède vainqueur contre les habitudes de perversion sexuelle.

On voulut aussi guérir non plus seulement les convulsions éclamptiques liées à la dysménorrhée, mais l'épilepsie vraie. Ce fut de 1878 à 1882, l'époque de frénésie opératoire, pendant

laquelle on a pu dire, que l'oophrectomie a sévi sur l'Amérique dans un déchaînement de désastres ! (Léon Tissier. *De la castration de la femme en chirurgie*. Thèse de Paris, 1885).

Le docteur Landau de Berlin (1) repousse en principe la castration dans le traitement de la salpingite chronique.

Il dit qu'on voit certaines d'entre elles (opérées) avoir un état général ressemblant plus à une invalidité incurable qu'à une guérison ; d'autres ont des troubles nerveux graves, après 6 mois, un an sans être hystériques ; — et il ajoute : « Mais, pour d'autres raisons encore, il est bon de ne pas procéder avec précipitation à l'extirpation des trompes et de l'ovaire. Il est bien des cas, en effet, où la salpingite existe, c'est vrai, mais dans lesquels aussi les symptômes observés proviennent d'autres maladies, par exemple de la métrite chronique — ou de l'hystérie. — Si l'on attaque directement les trompes, comme si elles seules étaient en question, cela rappelle un peu, qu'on passe l'exagération, la fameuse extirpation de l'utérus après un empoisonnement par le phosphore, sous prétexte que cet organe saignait ! »

Il y aurait beaucoup à dire sur les abus de la castration, sous le prétexte d'hystérie ; mais il faut tout d'abord faire pénétrer cette première notion, (qui est très vraie :) l'opération n'est aucunement garantie par le succès. La mortalité est bien celle des graves et aléatoires laparotomies.

L'opération est même parfois irréalisable.

M. le prof. Le Dentu rapporte au *Congrès français de chirurgie* l'histoire d'une malade (30 décembre 1888), sur laquelle il se borne à rompre les adhérences, qui unissent l'utérus aux parties voisines, puis à extirper les deux trompes atteintes simplement d'inflammation exsudative. *Les deux ovaires, in-*

(1) *Les Salpingites*. (*Gazette de Gynécologie*. 15 février 1893.)

trouvables, sont laissés en place. (Compte rendu du Congrès 1891, p. 179.)

Il y a plus...., on connaît bien des malades, auxquelles la castration a été conseillée et qui ont guéri sans subir ce sacrifice.

Au sujet de l'ablation des ovaires pour des phénomènes hystériques. M. Auvard rappelle une observation très curieuse de Chiarleoni qu'il n'est pas sans intérêt de rapporter ici. On sait que l'opération de Battey a été considérée comme devant guérir d'accidents convulsifs, mis sur le compte de réflexes ovariens ; l'expérience du chirurgien italien n'est pas faite pour encourager à persévérer dans cette voie ; elle montre qu'il faut bien plutôt s'attaquer au moral des hystériques qu'à leur ovaire.

Le 1^{er} mai, le prof. G. Chiarleoni a fait l'opération suivante sur une jeune femme extrêmement nerveuse et ayant constaté depuis dix ans, à la suite d'une épouvante, la disparition de ses règles. Cette suppression menstruelle avait agi sur son état moral, au point de la rendre malade. Depuis plusieurs années, elle ne voulait plus quitter le lit. Bref, on craignait pour ses jours.... La malade étant endormie par le chloroforme, l'opérateur fait sur la ligne médiane de l'abdomen une incision légère, ne comprenant que le derme. La plaie est ensuite réunie par cinq points de suture et recouverte d'un pansement antiseptique. Le résultat de cette intervention chirurgicale est surprenant. Les 3^e, 4^e et 5^e jour après l'opération, il y a une abondante perte de sang, venant de l'utérus, accompagnée de douleurs dans les régions lombaires et pelviennes. Depuis lors, l'état moral et physique de l'opérée est considérablement amélioré. Elle a pu se lever quelques jours après cette issue de sang par le vagin. (*Union médicale*). M. Terrier a tout aussi remarquablement réussi dans la conduite d'une autre opération simulée. Il fait le 23 octobre

1888, une hystéropexie avec ablation des ovaires et des deux trompes pour une salpingo-ovarite avec retrodéviation de l'utérus. La malade guérit. Mais, le 26 janvier 1889, les règles réapparaissent, et, avec elles, des douleurs intenses, vives, en ceinture, dans les aines, comme auparavant; et pourtant l'utérus est resté en antéfixation. Revue le 14 février, cette femme accuse une augmentation des accidents douloureux; elle pousse cris continus, surtout le matin de six heures à neuf heures; les injections de morphine, les douches etc., ne peuvent la calmer. L'utérus est encore en antéversion. Les anciennes douleurs, ou plutôt les anciennes sensations de pesanteur, qu'elle éprouvait au niveau de l'anus ont disparu complètement. M. Terrier propose alors à cette femme de lui enlever l'utérus pour la guérir radicalement; elle accepte. Tout est préparé, comme si l'on devait faire réellement une hystérectomie vaginale; mais la malade est seulement endormie, et trois pinces à pression sont placées sur le col; le pansement et le repos au lit sont assurés, comme si on avait vraiment opéré. Depuis l'opération simulée, cette malade ne souffre plus du tout et elle est retournée dans son pays où elle reste guérie. (Marcel Baudouin, *Hystéropexie abdominale antérieure*, p. 242, 1890.)

M. Dauchez a publié en 1884, l'observation, (provenant du service de M. Guibout), d'une hystérie abdominale, typique en apparence. On n'aurait pas hésité à la rattacher à quelque lésion des annexes ou de l'utérus, à cause des souffrances dans l'hypogastre, des dérangements menstruel et des poussées répétées de « *spurious peritonitis*, » si la malade n'avait guéri tout d'un coup — spontanément et complètement — sans aucun reliquat de ses souffrances passés (1).

La castration de la femme a donc donné bien des déconve-

(1) *Revue médicale française et étrangère*; Paris, 1884, p. 588,

nues. Il est même établi que *des hystériques*, qui auraient été châtrées, (c'est extrêmement vraisemblable) par des chirurgiens, — ont guéri complètement de leurs manifestations hystériques soit par des opérations purement simulées, soit par une forme quelconque de suggestion à l'état de veille, soit encore par le traitement non opératoire de la métrosalpingite, soit même par des circonstances demeurées obscures ou inconnues.

Il semble que le discrédit, qui pèse sur la castration ne puisse pas se dégager suffisamment, par l'argument qui nie l'ablation des « ovaires sains » et qui ne consent à trouver que des « oophorites chroniques ».

On a voulu établir que l'opération a été calomniée, qu'elle ne porte pas à conséquence..... pas autant du moins qu'on l'a cru autrefois.

Hégar envisage les conséquences de la castration féminine, dès le commencement de son mémoire de 1878. Il assure que ses conclusions reposent sur des expériences sur les animaux et sur un grand nombre de faits cliniques. Il se donne beaucoup de peine pour établir ses arguments.

Il est à remarquer que les conclusions, dont il s'agit, n'ont guère trouvé d'écho. On le comprend sans peine, lorsqu'on les relit.

« 1^o Dans les cas d'absence congénitale des ovaires, le type féminin persiste dans la grande majorité des cas. Les instincts génitaux se manifestent ; la structure du squelette et la conformation extérieure ne subissent pas d'altération considérable. En un mot la *virago* est une véritable exception. *Il y a cependant une réserve à faire, en ce qui concerne les organes génitaux : il est rare, en effet, que l'utérus, les trompes et le vagin se présentent sous leur forme normale, lorsqu'il y a absence congénitale des ovaires ; ces organes sont presque toujours absents, oblitérés ou atrophiés.*

» 2° En ce qui concerne la castration, ou absence acquise des ovaires, il faut distinguer les cas, où l'ablation des ovaires a été faite à un âge peu avancé, de ceux où elle a été pratiquée chez une adulte. Il faut également remarquer que les effets de la castration se compliquent souvent d'états morbides, qui ne permettent pas d'apprécier les faits. — Hégar considère cependant comme certains les trois résultats suivants : — 1° La castration, pratiquée chez les jeunes animaux femelles, a déterminé constamment un arrêt de développement de l'utérus. Cet organe reste dans l'état où il se trouvait au moment de l'opération, ou bien il s'atrophie complètement ; — 2° les animaux, chez lesquels la castration avait été pratiquée, ne présentaient plus les phénomènes ordinaires du rut ; — 3° ils avaient une tendance marquée à l'obésité. »

M. Aug. Lutaud paraît disposé à se ranger à l'avis d'Hégar. Il fait suivre sa traduction par les commentaires qui suivent :

« Chez les animaux adultes (vaches.) les résultats sont moins constants. La tendance à l'obésité est problématique ; l'influence favorable de la castration sur la sécrétion lactée n'est pas constante. Le rut disparaît dans la plupart des cas, non seulement chez les vaches, mais chez la plupart des animaux ; les exceptions à cette règle ont été attribuées à des castrations incomplètes.

» On ne sait rien sur les effets physiologiques de la castration pratiquée chez la femme à un âge peu avancé.....

» Chez la femme adulte, l'extirpation bilatérale des ovaires est presque toujours accompagnée d'aménorrhée. Les rares exceptions, qui ont été signalées, ont trait sans doute aux cas où l'extirpation a été incomplète. Les causes d'erreur sont, en effet, assez nombreuses ; dans certains cas, on a pris, pour les ovaires, des tumeurs de diverse nature ; dans d'autres, il existait des ovaires supplémentaires ; dans d'autres enfin, l'hémorragie cataméniale a été confondue avec des hémorrhagies morbides indépendantes de la menstruation.

» Dans un certain nombre de cas, assez rares du reste, on a remarqué un changement dans le timbre de la voix, une augmentation de la sécrétion pileuse du visage et particulièrement à la lèvre supérieure.

» La tendance à l'obésité a été observée plus fréquemment ; mais on comprend combien il est difficile d'apprécier cette circonstance, l'opération étant presque toujours pratiquée à un âge où la femme est généralement prédisposée à l'embonpoint. On n'a jamais observé de modifications appréciables dans la configuration extérieure, dans le squelette et dans les organes génitaux. Chez quelques femmes, les accidents hystériques, qui existaient avant la castration, ont disparu après l'opération c'est là un point d'une importance capitale...

» De tout ce qui précède, il résulte que l'adage *propter solum ovarium* (sic) *mulier est id quod est* n'est pas soutenable ; et qu'il est impossible de considérer aujourd'hui les ovaires comme le point de départ du développement du type féminin. »

M. Lutaud termine cet exposé, en disant « que la castration, pratiquée chez la femme adulte, ne modifie pas considérablement le type féminin ; et que les seuls changements qui méritent d'être mentionnées sont : l'aménorrhée, ... l'altération de la voix et l'augmentation de la sécrétion pileuse ; et ces modifications sont loin d'être constantes. » (*Traité clinique des maladies des femmes*, par Gaillard Thomas, traduit et annoté par Aug. Lutaud. Paris, 1879 ; p. 712-713).

Ce plaidoyer n'a pas été reproduit, ni repris, depuis quinze ans ; c'est bien la preuve de son peu de valeur ; il semble d'ailleurs qu'un peu de calme se soit fait, du moins dans la presse médicale.

Après les agitations résumées plus haut, on en revient à la formule proposée par M. Tissier. Tous les troubles, qu'on voit éclater chez une femme nerveuse au moment de ses règles, ne sont pas nécessairement sous la dépendance étroite de l'ovulation ; et, de ce que certains accidents, très divers

d'allures, reviennent périodiquement en même temps que le flux cataménial, ce n'est pas la preuve que les deux phénomènes sont intimement rattachés l'un à l'autre, et que la suppression de l'un doit fatalement entraîner la disparition de l'autre. »

Il est des malades, chez qui les symptômes nerveux et douloureux du molimen, (sans qu'on en sache la raison, par un état morbide de la muqueuse utérine ou par quelque inflammation chronique de l'ovaire,) sont extrêmement accusés, marqués par des élancements dans le bas-ventre et par *des attaques convulsives semblables aux attaques d'hystérie majeure.*

« Ces malades souvent guérissent ou s'améliorent sous l'influence de traitements hydrothérapiques, de préparations antispasmodiques, ou plus simplement par *l'action de cautérisations intra-utérines, qui modifient le catarrhe d'ancienne date.* Liebermeister, de Tübinge, est de cet avis (*Annales de Gynécologie*, 21 janvier 1884). Mais quelquefois aussi leur infirmité paraît défier toutes les entreprises ; et c'est alors que l'on peut et que l'on doit d'après M. Tissier, songer à la castration.

« Chez certaines malades, il existe une véritable hystérie de la volonté et de la sensibilité, avec troubles variés, qui paraissent augmentés par la période menstruelle. On a cru pouvoir faire la castration chez ces malades, sans que nous y trouvions une raisonnable indication, ajoute M. Tissier, qui fait la même réserve pour tous les états pathologiques du système nerveux, du cœur, ou des poumons, qu'on a jugé bon de traiter par la suppression des ovaires.

» En troisième lieu viennent, d'après lui, les faits de tumeurs kystiques, ovariennes ou tubaires, et d'exsudats péritonéaux. — Ils ne peuvent être rangés parmi les indications de castration, dit M. Tissier. On a enlevé des ovaires malades, comme on eût réséqué un névrome, d'où s'échappaient des irradiations douloureuses.

» On a bien parlé d'élongation des nerfs utéro-ovariens ! »

L'ablation des glandes génitales est d'une portée beaucoup plus grave que l'enlèvement d'une tumeur, beaucoup plus grave que l'amputation d'un membre et même de deux membres. Il ne faut jamais le perdre de vue : les organes génitaux ont une valeur supérieure à celle de tous les autres organes.

On en revient peu à peu à la manière plus sage proposée par Emmet. (Des conditions requises pour pratiquer l'opération de Battey, p. 652. 1887). « Etant donné ce que je sais des résultats peu satisfaisants qui ont été obtenus, écrit Emmet, je ne puis consentir à l'opération, qu'à la condition qu'elle sera limitée à l'extirpation des deux ovaires, pour arrêter l'hémorrhagie dans les cas de tumeur fibreuse ; *lorsqu'il y aura menace de folie ou d'épilepsie* ; ou pour faire disparaître une cause efficiente de phtisie ; lorsque la nutrition d'un individu semblera s'altérer par suite du trouble constant du système nerveux ; aux cas d'absence congénitale du vagin et de l'utérus ; et aux cas où on ne peut maintenir le vagin ouvert pour l'écoulement du sang menstruel, après une opération chirurgicale, ou lorsqu'il se sera produit une gangrène étendue après l'accouchement.

» *Il ne faut jamais songer à l'opération pour des troubles nerveux qui dépassent l'élément hystérique.* Dans un grand nombre de cas, en apparence désespérés, j'ai vu obtenir beaucoup par la persuasion, lorsqu'on parle avec fermeté et, quand on aide la nature, elle amène un changement favorable dans la nutrition, alors qu'on s'y attend le moins. »

Hegar apprécie évidemment les conséquences de l'éducation défectueuse donnée dans un grand nombre de cas, car il dit : « On peut ici faire beaucoup par la prophylaxie. En améliorant l'éducation et en soignant de plus près le développement de la jeune fille, en reconnaissant et en traitant l'affection à son début, on diminuera le nombre de ces malheureuses, sans pouvoir toutefois le faire disparaître complètement. »

C'est bien le lieu de se rappeler les règles générales, qui dominant la conduite du chirurgien.

Parmi toutes les opérations, il en est dont la gravité est très diverse, — depuis les opérations dites de complaisance, qui sont, (ou du moins doivent être) les moins graves, — jusqu'aux opérations destinées à sauver la vie, et qui sont, ou du moins peuvent être les plus graves, à tous les points de vue, — la castration est, et doit toujours être tenue pour une des plus graves opérations de toute la chirurgie..... Faire le sacrifice d'une glande génitale est un acte plus important et plus grave que la suppression d'un des quatre membres. (1)

Pour légitimer une opération, il faut des motifs suffisants : plus grave est l'opération, plus puissants doivent être les motifs. — De simples probabilités peuvent suffire à justifier les opérations communes ; — il faudrait plus qu'une probabilité ; il faudrait une presque certitude, pour justifier une opération aussi grave que la castration en général.

Dans le cas concret des hystériques, la castration est une opération : — aléatoire, parce qu'elle n'est pas toujours réalisable ; — aléatoire, parce qu'elle a une mortalité au moins aussi grande que celle des grandes opérations abdominales ; — aléatoire, parce qu'elle ne met pas à l'abri des rechutes de l'hystérie, même dans sa forme vésanique. — La castration, proposée aux hystériques, n'offre donc pas les garanties d'une probabilité de succès, de ce que d'autres appellent une certitude morale. — C'est pourquoi nous ne la croyons pas proposable.

Jamais il ne faut perdre de vue que la castration de la femme est une opération qui peut être mortelle, et que l'hystérie est une maladie qui n'est pas mortelle.

(1) Ce ne peut être qu'un *lapsus* qui, dans une improvisation, d'ailleurs rapportée par un tiers, a fait un jour comparer la castration à l'avulsion d'une dent.

Tout le monde est d'accord pour reconnaître que la castration n'est ni proposable, ni acceptable, lorsqu'il existe encore un moyen quelconque de tenter la cure de l'hystérie avec conservation des organes génitaux. La castration est une ressource ultime à laquelle on ne peut se résigner qu'en désespoir de cause.

On a pu dire que la folie est une maladie tellement pénible, qu'elle est justiciable de moyens d'exception.

Dans le cas concret des folies hystériques, les faits sont acquis ; la preuve est faite : la castration n'a guéri aucun cas de folie hystérique. — C'est pourquoi, la castration ne doit être, proposée, ni acceptée, pour combattre la folie de nature hystérique.

CHAPITRE IX.

TRAITEMENT NON OPÉRATOIRE DU SYNDROME UTÉRIN.

Le traitement non opératoire de la métro-salpingite a déjà été le sujet de nombreuses études. Nous citerons Montprofit (*Les salpingites*, thèse de Paris, 1880), Landau. (*Les salpingites*; Gazette de Gynécologie; Paris; février, mai, 1893.) Joseph Loridant (*Du traitement indirect des salpingites*, thèse de Paris, 1894), Labadie-Lagrave et L. Basset (*Diagnostic et traitement médical des salpingites*, Semaine médicale, 9 janvier 1895).

Le traitement non opératoire a une justification, qu'il faut opposer énergiquement aux mutilations: les annexes, ainsi conservés peuvent encore fonctionner, même après suppuration.....

M. le docteur F. Fraipont a publié *douze cas de grossesse après salpingo-ovarite et pelvi-péritonite suppurée*.

Pour être complet, il faudrait passer en revue, d'abord les diverses formes de la métrite, puis celles de la salpingite; il faudrait distinguer ensuite la marche et la complication de chacune; il faudrait enfin discuter tous les moyens et toutes les formes médicamenteuses opposés à chacun de ces deux états morbides. — Ce serait écrire la portion la plus vaste d'un traité complet de gynécologie médicale.

Notre but est plus modeste: nous nous bornerons à faire connaître les résultats de notre pratique personnelle.

La *dilatation*, soit au moyen de tiges de laminaire, soit au moyen des éponges, est souvent le premier élément du traitement. Il faut l'instituer en temps opportun; et il est indispensable d'en prolonger l'application.

Le *curettage* et l'*écouvillonnage* de la muqueuse utérine peuvent trouver leurs indications, lorsqu'il existe des fongosités.

Les *injections intra-utérines*, pratiquées au moyen de la sonde de Bosseman, rendent service, pourvu qu'elles soient renouvelées une fois chaque jour, avec de grandes quantités d'eau bouillie, simple, ou légèrement astringente, ou faiblement antiseptique.

Les *modifications superficielles* au moyen d'une solution de nitrate d'argent, ou de chlorure de zinc, ou de créosote dans l'alcool et la glycérine, ont également leurs indications.

Les *injections* doivent être prises chaudes, lentes et dans le décubitus dorsal. Il est souvent utile d'y recourir matin et soir; on peut n'y ajouter des antiseptiques ou des astringents (spécialement l'alun), que pendant les deux ou quatre jours, qui précèdent ou suivent l'évolution menstruelle.

Les *tampons vaginaux* glycéro-gélatineux, ou antiseptiques, ou astringents, sont surtout indiqués par les lésions visibles du col utérin.

Les *pessaires* sont plus rarement indiqués.

Les *révulsifs* ne sont utiles que sous la forme de vésicatoires, de pointes de feu, ou de raies de feu; ils sont opportuns dans la période prémenstruelle, et surtout immédiatement après la terminaison de cette période; leur indication se rencontre, aussi bien dans les salpingites, que dans les métrites du corps; et elle se renouvelle presque à chaque période menstruelle.

Les *lavements chauds* sont d'autant plus nécessaires, qu'on rencontre davantage le prolapsus de la trompe ou de l'ovaire, ou bien la rétroflexion de l'utérus.

Les *bains* entiers, et au besoin les bains d'eaux-mères et les

saisons dans les stations d'eaux chlorurées fortes, trouvent des indications plus fréquentes que les bains de mer.

Les *purgatifs* doivent être assez fréquents, mais choisis parmi ceux qui ne déterminent, ni congestion de l'hypogastre, ni flux hémorrhédaire.

Toujours il faudra tenir le plus grand compte des indications fournies pour l'état constitutionnel. Ainsi trouveront leur place, tantôt les altérants, tantôt les reconstituants et autres médicaments adaptés à un état constitutionnel, dont la métrosalpingite peut n'être qu'une simple localisation.

Dans tous les cas, on tiendra le plus grand compte du refroidissement des membres inférieurs lequel est presque toujours cause des rechutes; et on prémunira les malades contre les dangers temporaires, auxquels elles se trouvent périodiquement exposées, avant, pendant et après chacune de leurs périodes menstruelles, quelles qu'en soient les particularités.

Il importe de redoubler d'attention, pour ces derniers soins, pendant toute la période hivernale, qui est, de beaucoup la plus fertile en rechutes : — tous les auteurs en ont témoigné, même pendant l'antiquité.

Le traitement non opératoire de la métr-ovaro-salpingite a souvent besoin d'être repris pendant plusieurs hivers; — il ne peut aboutir, qu'à la condition d'être pendant très longtemps prolongé.

CONCLUSIONS.

1° La névrose, ou mieux « psychose, » hystérie, est une maladie, qui peut rester longtemps à l'état latent, et même toujours à l'état de menace.

Chez les sujets héréditaires ou prédisposés, elle devient réelle, lorsqu'un agent provocateur en occasionne une première manifestation; elle persiste lorsque cet élément causal présente une certaine perennité.

2° La névrose peut apparaître et suivre son évolution en dehors de toute perturbation, soit anatomique, soit fonctionnelle du système utéro-ovarien.

3° Chez les femmes exemptes de toute tare névropathique, soit héréditaire soit personnelle, les maladies métro-salpingo-ovariennes, peuvent parcourir toutes leurs phases et passer à l'état chronique, sans provoquer aucun symptôme hystérique.

4° La coïncidence, entre les affections utérines d'une part et les manifestations hystériques d'autre part, a été communément reconnue par les médecins de l'antiquité, qui ont basé le nom même de l'hystérie sur cette coïncidence.

Cette tradition hippocratique, conservée jusqu'au XVII^e siècle, a été justement controversée par l'observation d'hystérie masculine et par des recherches plus précises.

Elle a temporairement cessé de préoccuper les auteurs; elle s'impose de nouveau à l'attention des gynécologistes; elle est signalée par plusieurs neuropathologistes.

5° Les processus chroniques, surtout inflammatoires, de l'utérus et de ses annexes ne paraissent pas être influencés par les grandes manifestations de l'hystérie. — Au contraire, les poussées aiguës de métro-ovaro-salpingite chronique peuvent provoquer de véritables crises chez les hystériques. — Une opération chirurgicale peut, au même titre que tout traumatisme gynécologique, être l'agent provocateur d'une crise hystérique chez un sujet prédisposé.

6° Un traitement gynécologique chez une hystérique aboutit plus souvent non seulement à la guérison de l'affection utérine, mais encore à la suppression des manifestations de la névrose, — comme si l'affection utérine avait été la seule cause de l'hystérie.

7° Le traitement purement médical du syndrome utérin peut aboutir au même résultat.

8° L'hystérie essentielle, héréditaire, grave et ancienne, peut demeurer incurable, malgré le traitement des affections utérines coïncidentes.

9° L'hystérie provoquée par la puberté, par les troubles et par les lésions du système utérin, impose plus particulièrement la recherche et l'assiduité d'un traitement gynécologique.

10° L'hystérie symptomatique, ou provoquée, devient aussi grave que l'essentielle : lorsqu'elle est devenue très ancienne, elle ne suffit pas à justifier l'oophrectomie double.

11° Les méthodes actuellement préconisées pour combattre l'hystérie sont d'utiles adjuvants, lorsque coïncident le syndrome utérin et les manifestations hystériques.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

460 av. J.-C. HIPPOCRATE. (*Œuvres complètes d'*), traduction nouvelle. *De natura muliebri*, t. VII. *De morbis muliebribus*, t. LXXX, édition Littré et de *sterilibus*; on trouve encore publié sous le nom d'Hippocrate, *Cor. de morbis*, lib. II, sec. V.

430 av. J.-C. PLATON. *Œuvres de Platon*, traduction Cousin, lib. XII, p. 242.

An 5 de l'ère chrét. CELSE. A *Corneli Celsi. De re medica libri octo*, lib. VII, cap. I, Sect. VII. Paris, P. Fr. Didot, 1772, ou Édit. accur. biponte ex typog. Société, MDCCCLXXXVI. lib. IV, chap. XX.

131. GALIEN. *De locis affectis*, lib. VI, c. X, éd. de Darenberg. Paris, 1856, t. II. *Comment. sur Hippocrate*, lib. VI, des parties affectées.

543. AËTIUS. *Tatrabil serm.*, IV, cap. LXIII.

634. AEGINITA (Paulus). *Artis medicæ compendinen*, lib. III, cap. 71. — SÉRAPION (J.-E.). *Bréviar*, V, cap. XXVII.

1550. FERNEL. *De morbo partium quæ sub. diaphragmate sunt*, cap. XVI, *uteri symptomata*.

1595. LAURENTIUS (Andreas). *De hystericis affectibus infantilibusque morbis*; in-8°. Lugduni.

1604. STUPANUS. *Dissertatio de suffocatione appellatâ hysteriâ*; in-4°. Basilæ.

1607. PARÉ (Ambroise). *Les Œuvres d'*, 6^e édition, livre 24^e, chap. LII, chap. LIII, chap. LV. — SENNERT (Daniel). (1572-1637). *De suffocatione hystericâ*, t. II.

1614. TANDIER. *Dissertatio de matricis præfocatione*; in-4°.

Vittenbergæ. — JAENICH. *Dissertatio de passione hystericâ*; in-4°. Basilæ.

1618. PISO (Carolus). *Selectionum observationum et consiliorum depræter visis hactenus morbis affectibus que præter naturam ab aqua, seu serosa colluvie et diluvie, ortis, liber singularis*. Ponte ad Monticulum, in-4°. — CAROLI (Pisonis). *Selectionum observationum et consiliorum cum prefatione*. Herm. Boerhaeve. Sect. II, par. II, cap. VII. Lugduni Batavorum, 1733, in-4°.

1625. SCHALLER. *Dissertatio de passione hystericâ*; in-4°. Vittenbergæ.

1646. RIVERIUS (Lazarus). *Observationes medicinæ et curationes insignes*; in-4°. Parisiis. Cent. I, n. 32. Cent. II, n. 11, 65, 69. Cent. III, n. 83.

1653. FORESTUS (P.). *Observationes et curationes*, t. III, liv. 28. *Des maladies des femmes*. Obs. 25 et suiv. Rothmagi.

1660. HIGHMORE (Nathanaël). *Exercitationes duæ, quarum prior de passione hystericâ, altera de affectione, hypocondriacæ*. Oxanæ; in-12. *De hystericâ et hypocondriaca passione responsio epistolaris ad Willisium*; Londini, in-4°, 1670.

1661. DALEN. *Dissertatio de passione hystericâ*; in-4°. Lugduni Batavorum.

1662. TRIELEN. *Dissertatio de passione hystericâ*; in-4°. Lugduni Batavorum.

1666. PLACCIUS. *Secretio hystericâ*; in-4°. Duisburgi. — LAMMUS. *Dissertatio. Casus hystericæ variis symptomatibus stipatæ*; in-4°. Groningæ.

1667. WILLIS (Thomas). *Pathologia cerebri et nervosi generis specimen in quâ agitur de morbis convulsivis et de scorbuto*. Oxonii. *Affectionum quæ dicuntur hystericæ et hypochondriacæ pathologia spasmodica vindicata contra responsionem epistolarum*. N. Highmori, 1670, in-8°.

1672. HARTENFELS (Petrus). *Dissertatio de passione hystericâ*; in-4°. Erfordæ.

1674. WEDEL (Georg.-Wolfg.). *Dissertatio de uteri suffocatione*; in-4°. Ienæ. *Dissertatio, Œgra strangulatione uteri syncopticâ laborans*; in-4°. Ienæ, 1717.

1676. DE KRUYT. *Dissertatio de passione hystericâ*; in-4°. Ultrajecti.

1677. METZGER. *Dissertatio de passione hystericâ*; in-4°. Tubingæ.

1678. JARDEN. *Dissertatio de passione hystericâ*; in-4°. Lugduni Batavorum.

1682. SYDENHAM. *Dissertatio epistolaris ad G. Cole de variolis, malo hystérico et hypochondriaco*; Londini, in-8°.

1684. SCHWEIZER. *Dissertatio de passione hystericâ*; in-4°. Lugduni Batavorum. — ORLOR. *Dissertatio de suffocatione hypochondriacâ, vulgo passione hystericâ*; in-4°. Ultrajecti.

1685. VESTI (Justus). *Dissertatio de passione hystericâ*; in-4°. Erfordæ. *Dissertatio, Casus passione hystericâ laborantes, ejusque curatis*; in-4°. Erfordæ, 1703.

1687. HOLLAND. *Dissertatio de hystericâ passione*; in-8°. Lugduni Batavorum.

1692. BUSSLUS. *Dissertatio de passione hystericâ*; in-4°. Lugduni Batavorum. — DE VRIES. *Dissertatio de passione hystericâ*; in-4°. Ultrajecti.

1693. MALUS. *Dissertatio de passione hystericâ*; in-4°. Ultrajecti.

1694. WEOLING. *Dissertatio de passione hystericâ*; in-4°. Lugduni Batavorum.

1695. ELNBERGER. *Dissertatio de passione hystericâ*; in-4°. Duisburgi.

1698. BUEHREN. *Dissertatio, Œgra suffocatione uterinâ laborans*; in-4°. Erfordæ. — STAHL. *De venâ portâ malorum hypoch.* Halle.

1701. PURCELL (John). *Of vapours and hystericfits*; ou Sur les vapeurs et les attaques d'hystérie; in-8°. Londres.

1704. VERNON. *Dissertatio de passione hypochondriaca, hysteriâ dictâ*; in-4°. Lugduni Batavorum.

1708. STHALII. *Theorica medica vera*. Halœ. *Dissertationes de motu tonico de motibus spasmodicis, etc.*

1710. DUVERNOY. *Dissertatio. Theoria vaporum uterinorum* ; in-4°. Basilœ.

1712. CRUEGER. *Dissertatio de magnetismo rerum et de uteri ascensione* ; in-4°. Zittavice. — JOHREN. *Dissertatio, Idolum muliebri in passione hystericâ elevatum et excussum* ; in-4°. Ienæ.

1716. HUNAUD (P.). *Dissertation sur les vapeurs et les pertes de sang* ; in-12. Paris.

1718. MICHAELIS (Alberti). *Halœ, Magdeburgicæ, etc.*

1721. BUECHNER (Andr. Elias). *Dissertatio de atrocissimo sequioris sexûs flagello, sive passione hystericâ* ; in-4°. Erfuti. *Pathologia et therapia passionis hystericæ* ; in-4°. Erfuti, 1739. *Dissertatio de clavo hystérico* ; in-4°. Halœ, 1751.

1726. VATER (Abraham) *Dissertatio de passione colicâ et hystericâ* ; in-4°. Vittenbergœ.

1727. FISCHER. *De strangulatione uteri* ; in-4°. Erfordœ.

1731. SAUVAGES. *Nouvelles classes de maladies qui, dans un ordre semblable à celui des botanistes, comprennent les genres et les espèces de toutes les maladies, avec leurs signes et leurs indications.*

1733. HOFFMANN (Fredericus). *De morbi hystERICI verâ indole, sede, origine et curâ*, in-4°. Halœ. *De morbis hystericis et hypocondriacis*. Halle, 1733 et t. III, section I, chap. III.

1741. RICKTER. *Dissertatio de malo hystérico* ; in-4°. Gottingœ.

1744. JARVIS. *Dissertatio de hystericâ affectione* ; in-4°. Edinburgi.

1747. JAMES. Article « Hystérie » t. IV, p. 440 du *Dictionnaire universel de Médecine* traduit par Diderot, Eidous et Toussaint, revu, corrigé et augmenté par Julien Busson, docteur-régent de la Faculté de médecine de Paris.

1750. FLEIG. *Dissertatio de malo hystérico* ; in-4°. Argen-

torati. — LUDOF. *Dissertatio de clavo hysterico*; in-4°. Erfordæ.

1752. CHAUFÉPIÉ. *Dissertatio de malo hysterico*; in-4°. Lugduni Batavorum.

1755. PERRY (Charles). *A mechanical account and explication of the hysteric passion*, ou Tableau et explication mécanique de l'hystérie, in-8°. Londres.

1758. RAULIN (Joseph). *Traité des affections vaporeuses du sexe*; in-12. Paris.

1760. POMME. *Essai sur les vapeurs. Traité des affections vaporeuses des deux sexes ou maladies nerveuses, vulgairement appelées maux de nerfs*, 1782. — FLEMYNG. *Neuropathologia seu de morbis hypochondriacis et hystericis*, lib. III.

1761-65. ASTRUC (Jean). *Traité des maladies des femmes*; 6 volumes in-12. Paris. VI, t. IV, p. 54. — ROUSSEL. *Système physique de la femme*.

1761. BØRRHAVE (Herman). *Prælectiones academicæ de morbis nervorum*. Edit. à J. Vænens.

1762. UVEN. *Dissertatio de mali hysterici symptomatum diversitate, ob regionum et vitæ regiminis diversitatem, habitû præsertim ratione ad hystericas in Frisâ orientali*; in-4°. Halæ. — BAUMER. *Dissertatio de mali hysterici verâ indole et curatione*; in-4°. Erfordæ.

1763. RICHARDSON. *Dissertatio de malo hysterico*; in-8°. Edinburgi.

1764. WIGHTT (Robert). *Obs. on the Nature, caus. and cure of those Disorders which are commonly called nervous, hypochondriac or hysteric*. London. 1767. *Traité des maladies nerveuses hypochondriaques et hystériques*, trad. de l'anglais par Lebègue. Paris, t. II.

1765. JAGELSKI. *Dissertatio de passione hystericâ*; in-4°. Lugduni Batavorum. — DUBOIS. *Dissertatio de passione hystericâ*; in-4°. Vindobonæ.

1766. KUERN. *Dissertatio de malo hysterico*; in-4°. Basilæ.

— VAN STEVENINCK. *Dissertatio de hystericâ passione*; in-4°, Lugduni Batavorum. — MITTERBACHER. *Dissertatio de secretione urinæ fœminarum hystericarum et de eâ ut signo affectionum earundem*; in-4°. Pragœ.

1767. MORGAGNI. *De sedibus et causis morborum*; in-4°. Lugduni Batavorum, Epist. XLV, art. 17-20. — ALEFELD. *Dissertatio de pathematibus hystericis*; in-4°. Giessœ.

1768. TISSOT. *Traité des nerfs et de leurs maladies*.

1770. PRESSAVIN. *Nouveau traité sur les vapeurs*.

1771. GOEZ (Adam Jullus). *Beytrag zur geschichte von den hystericischen krankheiten*, ou Contribution pour servir à l'histoire des maladies hystériques; in-8°. Meinungen.

1772. BOEHMER. *Dissertatio de causis, cur malum hystericum morbum malo hypochondriaco maiorum constituat?* in-4°. Halœ.

1776. WOOLCOMBE. *Dissertatio de hysteriâ*; in-8°. Edinburgi. — WILSON (Andr.). *Medical researches on the nature and origin of hysterics*, ou Recherches médicales sur la nature et l'origine de l'hystérie; in-8°. Londres. — LANG. *Dissertatio de passione hystericâ*; in-4°. Vindobonœ.

1780. LEIDENFROST (John. Gottl.). *Dissertatio de differentiâ passionis hystericæ à morbis convulsivis reliquis*; in-4°. Duisburgi. Voy. ejusdum Opuscul, t. III, n. 3. — CALDWELL. *Dissertatio de hysteriâ*; in-8°. Edinburgi.

1781. VAN MUYSSEN. *Dissertatio de malo hystérico*; in-4°. Colonie.

1785. VAN KESSEL. *Dissertatio de passione hystericâ*; in-4°. Lugduni Batavorum. — FLOSSE. *Dissertatio de malo hystérico*; in-4°. Argentorati. — CHAMBON. *Traité des maladies des filles, des femmes mariées, des femmes enceintes*. Paris, 6 volumes in-12. 2^e édition. Paris, 1799, 10 volumes in-8°.

1789. MITCHELL. *Dissertatio de hysteriâ*; in-8°. Edinburgi.

1790. ROBERSTON. *Dissertatio de hysteriâ*; in-8°. Edinburgi.

— BANKEAD. *Dissertatio de hysteriâ*; in-8°. Edinburgi. — MANNING (Heinrich). *Ueber die Mutterbeschwerung*, ou Sur l'hystérie, in-8°. Vienne.

1791. MEINECKE. *Dissertatio de hysteria* ; in-4°. Helmstadii.
1793. TODE (JOANN. CLEMENS). *Dissertatio de morbis spasmodicis, hystericis prasertim* in-4°. ; Havniæ. — BELCHE. *Dissertatio de hysteria* ; in-8°. Edinburgi. — MOSCHION. *De mulierum passionibus : De suffocatione hystericâ*, ch. CXXIX, p. 179. Viennæ, in-8°.
1794. KERR. *Dissertatio de hysteriâ* ; in-4° Edinburgi.
1796. SEEMANN. *Dissertatio de hysteriâ* ; in-4°. Ienæ.
1799. PINEL. *Nosographie philosophique*. — SYDENHAM. *Médecine pratique*, trad. Jault.
1800. LESSEL. *Momenta quædam generaliora circa affectionem hystericam* ; in-4°. Vittebergæ.
1801. TRUKER. *Dissertatio de hysteriâ* ; in-8°. Edinburgi. — DUVERNOY (G. L.). *Dissertation sur l'hystérie* ; in-8°. Paris. — CAMPRELL. *Dissertio de hysteriâ* ; in-8°. Edinburgi. — VIGAROUS (J. M. J.), professeur à l'École de Médecine de Montpellier. *Cours élémentaire des maladies des femmes*. Paris, 2 vol. in-8°.
1803. LOUYER-VILLERMAY. *Recherches sur l'hypocondrie et l'hystérie*. Paris. *Traité des maladies nerveuses proprement dites*, 1816, t. I, in-8°. *Dictionnaire des sciences médicales*, t. XXIII, article Hystérie.
1804. PUJOL. *Essai sur les inflammations chroniques*.
1806. BERENDS. *De hystericâ affectione epilepsiam simulante* ; in-8°. Francofurti ad Viadrum. — CAPURON. *Dictionnaire de médecine et de chirurgie. Traité des maladies des femmes*, 1812.
1807. GARDIEN. *Traité d'accouchement, de maladies des femmes*.
1813. MURAT. Article « Métrite » du *Dictionnaire des sciences médicales*, tome XXXIII. Ovaire, t. XXXIX.
1816. LOUER-VILLERMAY. *Traité des maladies nerveuses ou vapeurs et particulièrement de l'hystérie et de l'hypocondrie*. Article « Hystérie » du *Dictionnaire des sciences médicales*, t. XXIII, p. 246, 1813.

1821. GEORGET. *De la physiologie du système nerveux et spécialement du cerveau* : recherches sur les maladies nerveuses en général, et en particulier sur le siège, la nature et le traitement de l'hystérie, de l'épilepsie, de l'hypocondrie et de l'asthme convulsif. Paris, in-8°, 2 volumes. *Dictionnaire de médecine* en 30 vol. t. XVI, art. Hystérie. Paris, 1824.

1826. GUILBERT (J.-N.), *Traité des métrites*. — FRANCK (Joseph). *Traité de pathologie interne*. — VOISIN (Félix). *Des causes morales et physiques des maladies mentales*, et de quelques autres affections nerveuses telles que l'hystérie. Paris.

1832. BRACHET. *Recherches sur la nature et le siège de l'hystérie et de l'hypocondrie*, et sur l'analogie et les différences de ces deux maladies. Paris, in-8°.

1833. DUBOIS (d'Amiens). *Histoire philosophique de l'hypocondrie et de l'hystérie*. Paris, in-8°. — FOVILLE. *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. X, art. Hystérie. — BOIVIN et DUGÈS. *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, 2 vol. in-8°, atlas in-fol. de 116 fig. Paris.

1836. BEAN. Recherches statistiques pour servir à l'histoire de l'épilepsie et de l'hystérie : *Archives générales de médecine*. Paris, 2^e série, t. XI. — PAULY. *Maladies de l'utérus*, d'après les leçons cliniques de Lisfranc. Paris.

1831. BRODIE. Lecture illustrative of certain local or nervous affections. Londres, traduction française de D. Aigre, 1880, et *Gazette médicale*. Paris, 1838.

1838. LHÉRITIER. *Traité complet des maladies de la femme*, t. I, seul publié. — DUPARCQUE. *Maladies de la matrice*.

1839. COLOMBAT (de l'Isère). *Traité des maladies des femmes et de l'hygiène spéciale à leur sexe*. Paris, 1839-1843, 3 vol. in-8°. — IMBERT. *Traité théorique et pratique des maladies des femmes*, t. I, seul publié.

1840. GIBERT. *Clinique des Névroses*.

1841-42. SEURE. Phénomènes hystériques observés chez une personne affectée d'une tumeur fibreuse de l'utérus. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, t. VII.

1841. GIRARD (de Cailleux). — *Considérations physiologiques et pathologiques sur les affections nerveuses dites hystériques*. Paris, in-8°. — LISFRANC. *Clinique chirurgicale de la Pitié*.

1842. DELHAYE. Quelques considérations sur la métrite. *Société de médecine pratique de la province d'Anvers*. — MONNERET. *Compendium de médecine*, Article Hystérie. — CERISE. *Des fonctions et des maladies nerveuses*. Paris.

1843 TOOD (R.). — Lectures on hysteric, *the Lancet*, t. II. *Clinical lecture on paralysis*. London, 1856, in-8°. — BLATIN et NIVET. *Traité des maladies des femmes*. Paris. — ARNAL. *Mémoires sur le traitement de quelques affections de la matrice par l'emploi de l'extrait aqueux de seigle ergoté*.

1843-44. FABRE. *Bibliothèque du médecin praticien*, t. I, II. Maladies des femmes. Paris.

1845. ROSTAN. *Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu*.

1846. GENDRIN. Maladies hystériques. *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XI. — LANDOUZY. *Traité de l'hystérie*. 2^e édition, 1848. — BRACHET. *Recherches sur la nature et le siège de l'hystérie et de l'hypochondrie*. — SCHÜTZENBERG (Ch.). *Recherches cliniques sur les causes organiques et le mécanisme de production des affections appelées hystériques*. *Gazette médicale de Paris*.

1847. FORGEN. Leçons cliniques sur les névroses, de l'hystérie. *Gazette médicale de Paris*.

1848. MARTEL. *Siège de l'hystérie*. Thèse.

1849. BESANÇON (A). *Considérations sur l'hystérie et en particulier sur son diagnostic*. Thèse de Paris.

1851. SANDRAS. *Traité des maladies nerveuses*. — LANDRY (O.). Recherches physiologiques et pathologiques sur les sensations tactiles, t. XIX et t. XX, *Archives de médecine*, 4^e série. — BRIFFAUT. *Rapports de l'hystérie et de l'épilepsie*. Thèse de Paris.

1852. MESNET (E.). *Étude des paralysies hystériques*. Thèse de Paris, in-4°.

1853. CARTER. *On the pathology and treatment of Hysteria*

London. — GENDRIN. Leçons sur l'hystérie à l'hôpital de la Pitié, *Gazette des Hôpitaux*, p. 93, 22 février.

1855. LASÈGUE. De la toux hystérique, actes de la *Société médicale des Hôpitaux de Paris*. De l'anesthésie et de l'ataxie hystériques. *Archives générales de médecine*, 1864. — DUCHENNE (de Boulogne). *Recherches sur les phénomènes électriques dans les paralysies et contractures hystériques*. — SIMPSON (J.). *The obstetric. Mémoires and contributions*, 2 fort. vol. in-8°. Edimburgh. *Lectures of on diseases of women*, t. I. Philadelphie, 1865.

1856. BROWN-SÉQUARD. *Archives générales de médecine*, janvier. — ARAN. De la métrite chronique en général et de son traitement. *Abeille médicale*, 5 octobre.

1857. ESNAULT. *Des paralysies symptomatiques de la métrite et du plegmon péri-utérin*. Thèse, Paris.

1858. VALLIN. *Des paralysies sympathiques de l'utérus et de ses annexes*. Thèse, Paris. — VOISIN (Aug.). De l'anesthésie cutanée hystérique. *Gazette hebdomadaire de médecine*. — NÉGRIER (G.). *Recueil de faits pour servir à l'histoire des ovaïres et des affections hystériques de la femme*. Angers. — SCANZONI. *Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme*. (La première édition est de 1856 ; traduction par Dor et Socin. Paris, 1858).

1858 et 1860. ARAN. *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes*, in-8°. Paris.

1859. BECQUEREL (L. A.). *Traité clinique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, 2 volumes in-8°, avec un atlas de 18 planches. Paris. — BRIQUET (P.). *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris.

1860. NONAT. *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, in-8°. Paris. *Leçons cliniques de la Charité*, 1857-58. Paris. — BOUCHUT. *De l'état nerveux aigu et chronique ou nervosisme confondu avec l'hystérie*. Paris. — CUNNING S. BEDFORD (de New-York). *Maladies des femmes*, leçons cliniques traduites par Paul Gentil sur la 4^e édition. Ath et Paris.

1862. BERNUTZ et GOUPIL. *Clinique médicale sur les maladies des femmes*, 2 volumes. Paris. — FREMONT. *Quelques considérations sur le siège de l'hystérie*. Thèse de Montpellier.

1863. CONSTANT (A.). *Relation sur une épidémie d'hystéro-démonopathie*, observée en 1861. Paris. — AXENFELD. *Des névroses*. Paris. — COSTE (G.). *De l'hystérie considérée principalement au point de vue de sa nature et de ses causes*. Thèse de Montpellier, N° 6. — M'CLINTOCK (A. H.). *Clinical memoirs ou diseases of women*. Dublin. — DEWEES. *Treatise on the diseases of females, with plates*. Philadelphia. (Cet ouvrage a eu dix éditions). — DUMONT. *Recherches et observations sur l'hystéro-épilepsie*. Thèse de Paris.

1864. BENNET (James-Renri). *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus, de son col et de ses annexes*, traduit et annoté par Michel Peter. — WEEST (C.). *On diseases of women*, 5^e édition. Dublin. — ROUGET. *Physiologie des actions réflexes*. Introduction à la traduction française des « paralysies des membres inférieurs » de Brown-Séguard, par R. Gordon. Montpellier.

1865. TROUSSEAU. Toux hystérique. *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu de Paris*, t. II, p. 205. Paris, 2^e édition. — CHARCOT. Sclérose de la moelle et des os chez une hystérique, etc. *Société générale des Hôpitaux. Leçons sur la paralysie et la contracture hystérique*, 1872. *Leçons sur les maladies du système nerveux : Hystérie, hystéro-épilepsie*, t. I. Paris, 1873.

1867. DESVEAUX. *Siège et nature de l'hystérie*. Thèse de Paris.

1868. LEBRETON. *Paralysie hystérique*. Thèse de Paris. — WITTMANN. *De la non-identité de l'hystérie et du nervosisme*. Thèse de Strasbourg. — RUSSEL-REYNOLDS. *A system of medicin*, art. Hysteria, t. II. London.

1869. CHAIROU. Hystérie, nature des phénomènes. *Bulletin de l'Académie de médecine*, tome 34, p. 736.

1870. CHAIROU. *Études cliniques sur l'hystérie : nature, lésions anatomiques, traitement*. Paris. — SKEY *On hysteria*.

London. — DE BERDT-HORWELL. An inquiry into the real nature of hysteria. *Brit. and for. med. chir. Reviev.*

1871. NONAT et LINAS. *Traité pratique des maladies de l'utérus*, de ses annexes et des organes génitaux externes.

1872. CHARCOT. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, faites à la Salpêtrière, recueillies et publiées par le Docteur Bourneville. — COURTY (A.). *Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes*. — BOURNEVILLE et VOULET. *Contracture hystérique permanente*. Paris.

1873. BOUCHARD (Ch.). Les vomissements incoercibles dans l'hystérie. *Mouvement médical*, juillet. — AINSLIE. Hysteria. *The Lancet*, janvier. — BERTHIER. *Des névroses menstruelles*, ou la menstruation dans ses rapports avec les maladies nerveuses et mentales. — DECHAUX. *Parallèle de l'hystérie et des maladies du col de l'utérus*. Paris. — BOURNEVILLE. *Études cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux*, 2^e fascicule. (Urémie, éclampsie puerpérale, épilepsie, hystérie). — ARTHUIS. *Traitement des maladies nerveuses et des affections rhumatismales par l'électricité statique*. — TAGNET. *De l'influence de la menstruation sur le système nerveux*. Thèse, Paris. — SECOUET. *Vomissements urémiques chez les femmes hystériques*. Thèse, Paris.

1874. HAMMOND. *Traité des maladies nerveuses*, traduit par Labadie-Lagrave. Paris. — FLEETWOOD-CHURCHILL. *Traité pratique des maladies des femmes*, 2^e édition. — BERNUTZ. Article Hystérie, *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XVIII. — TRIPIER. *Lésions de forme et de situation de l'utérus, leurs rapports avec les affections nerveuses de la femme*, 2^e édition. — BILLET. *Contribution à l'étude des névroses extraordinaires*. Paris.

1875. JOLLY. *Ziemssen's Handbuch der spec. Pathol. and Thérap.* t. XII. — VERETTE. *De l'hystérie aiguë*, conséquence de l'arrêt subit de la menstruation. Thèse de Paris.

1876. DIEU. *De l'état de mal hystérique*. Thèse de Paris. — DEMARQUAY et O. SAINT-VEL. *Traité clinique des maladies*

de l'utérus. — HAUSAMAM. *Sur les tumeurs par rétention, à contenu muqueux, des organes génitaux de la femme.* Zurich. — VOISIN (Aug.). *Leçons cliniques sur les maladies mentales.* — ROBERT-BARNES. *Traité clinique des maladies des femmes*, traduit de l'anglais par le D^r Cordes.

1876-80. BOURNEVILLE et REGNARD. *Iconographie photographique de la Salpêtrière.*

1877. TOURNEUX. *Altération de l'ovaire envisagée comme cause de l'hystéro-épilepsie.* Thèse, Paris. — VULPIAN. *Leçons professées à la Faculté de médecine de Paris*, recueillies et publiées par le D^r Bourgeret. — ROUTH. *Obstetrical transaction*, vol. XII, p. 136.

1877-78. FORT. *Leçons sur les centres nerveux*, cours professé à la Faculté de médecine de Paris.

1877. CHARCOT. *Diseases of the nervous system : Sydenham Society's Series*, London.

1878. GALLARD (Thomas). *Leçons cliniques sur les maladies des femmes.* Paris. — CHARCOT. De l'influence des lésions traumatiques sur le développement des phénomènes d'hystérie locale ; *Progrès médical*, 3 mai. Phénomènes divers de l'hystéro-épilepsie. *Gaz. des Hôp.*, 21 novembre, p. 1075. — GUERIN (Alphonse). *Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux internes de la femme.* Paris.

1879. HAMMOND (W.). *Traité des maladies du système nerveux*, par Hammond W., professeur des maladies mentales et nerveuses, à l'Université de New-York, traduction augmentée de notes et d'un appendice par le D^r Labadie-Lagrave. — DE SINÉTY. *Manuel pratique de gynécologie et des maladies des femmes.* — OALINEAU (E.). *Des névroses spasmodiques*, de leur origine, de leurs rapports et de leur traitement. — DE FOURCAULD (V.). *Étude sur les troubles du système nerveux central consécutifs aux affections diverses de l'appareil utéro-ovarien.* (Mémoire récompensé par la Société médico-psychologique). (*Annales de gynécologie*, octobre, t. XII, p. 248.) — ENGELMAN. *Les hystéro-névroses et leurs rapports avec l'hystéro-névrose menstruelle de l'estomac.* — GAILLARD (Thomas).

Traité clinique des maladies des femmes, par Gaillard Thomas (New-York), traduit par le D^r Aug. Lutaud. Paris.

1880. DURAND. *Contribution à l'étude des relations entre l'hystérie et le rhumatisme*. Thèse de Paris. — BOUSSI. *Étude sur les troubles nerveux réflexes observés dans les maladies utérines*. Thèse de Paris. — PARIS. *De l'hystérie chez les petites filles*, considérée dans ses causes, ses caractères et son traitement. Thèse de Paris. — GUIRAUD. *Essai sur l'hystérie précoce se développant chez les jeunes filles avant la puberté*. Thèse de Paris. — SELLE. *Contribution à l'étude symptomatologique des affections épilepto-hystéroïdes et hystéro-épileptoïdes*. Thèse de Paris. — HEGAR (A.). Zur castration bei Hysterie. *Berl. Klin. Woch.*, n° 26 et *Zur Israel*, n° 48, p. 682. — ISRAEL (J.). Beitrag zur Würdigung des Werthes der Castration bei hysterischen Frauen. *Berl. Klin. Woch.*, n° 17, p. 243. — LANDOUZY. *Des paralysies dans les maladies aiguës*. Thèse d'agrégation.

1881. BOURNEVILLE et D'OLLIER (H.). *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie pendant l'année 1880*, par MM. Bourneville, médecin à Bicêtre, et H. d'Olier, interne du service. — BOUCHUT. Péritonite aiguë, suite de la compression de l'ovaire gauche chez une hystérique. *Paris Médical et Gazette des Hôpitaux*, 21 mai, p. 468. — FRITSCH. *Krankheiten der Frauen*. Braunschweig. — BOURNEVILLE et REGNARD. Iconographie photographique de la Salpêtrière. Hystéro-épilepsie ou grande hystérie, (hystéria major), zones hystérogènes. *Gazette des Hôpitaux*, 30 avril, p. 394. — MILLS. Hystero-epilepsy. *Amer. Journ. of the Med. Sc.* Oct. — RICHER (P.). *Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie*, 2^e édition, 1 vol. in-8°. — FÈRE. Communication sur la localisation ovarienne devant la *Société de Biologie* de Paris, 17 Décembre. — GRAILLY-HEWITT. Attaques d'hystérie ou hystéro-épilepsie par déviation de l'utérus. *Congrès médical international de Londres*. — BUET. *Des zones hystériques*. Thèse de Paris.

1882. GAÛBE (Raoul). *Recherches sur les zones hystéro-*

gènes. Thèse de Paris. — WALTON. Hysterical anæsthesia brought on by a foll. *Boston méd. an surgical Journal*, 11 Déc. 1884 et *Arch. of med.* 1882, t. X. — LEGRAND DU SAULLE. *Les hystériques*, état physique et état mental, actes insolites, délictueux et criminels. — AXENFELD et HUCHARD. *Traité des névroses*, 2^e édition. — FÉRÉ. Notes pour servir à l'histoire de l'hystéro-épilepsie. *Archives de Neurologie*. — KLOTZ (H.). Hysterie und castration. *Wien. méd. Woch*, n^{os} 38-41, p. 1129 et suiv.

1883. YUNG (Emile). *Le sommeil normal et le sommeil pathologique* (magnétisme animal, hypnotisme, névrose hystérique), par Emile Yung, docteur ès-sciences, privat-docent à l'Université de Genève ; de la bibliothèque biologique internationale. — WEIR-MITCHEL. *Du traitement méthodique de la neurasthénie et de quelques formes d'hystérie*, par le professeur Weir-Mitchel. M. D. membre de l'Académie nationale des sciences des États-Unis d'Amérique. — DENIAU. *De l'hystérie gastrique*. Thèse de Paris. — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Trois cas d'ablation des ovaires pour accidents nerveux. *Société obstétricale et gynécologique de Paris*, rapportée dans les *Annales de Gynécologie*, t. XXVII, p. 450. — FRIEDMANN. (J.). *Vergleich einiger Fälle von operationem an den Ovarien wegen Psychose*. Dissert. inaug., Berlin. — HEILBRUNN (H.). *Centr. f. gyn.*, n^o 38, p. 601. — MUNDE (P.). *Minor surg. gyn.*, p. 442.

1884. BIRCHER. Castration bei ovarial Neuralgie und Hysterie. *Corresp. Bl. f. Schw. Aertze*, t. XIV, p. 447 et 470. — PUTNAM. The medico-legal significance of hemianesthesia after concussion accident. *Am. Jour. of neurology and psychiatry*, août. — WALTON (G. L.). *Boston med. and surg. Journ.*, t. CX, n^o 23, p. 529. — Pozzi. Ovario-hystérectomie chez une hystérique atteinte de kyste ovarique et de corps fibreux utérins. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 5 mars. — HOFFMANN (V.). *S.-Francisco Western Lancet*, Janvier. — TERRIER (F.). Hystérie et lésions ovariennes. *Académie de médecine*, 12 mars. — HÉGAR (A.). *Arch. f. gyn.*, 1884, t. XXIV, p. 318

et *Centr. f. gyn.*, 1884, p. 593. Der Zusammenhang der geschlechts Krankheiten mit nervösen. Leiden, 1885. Zur Begriffsbestimmung der kastration. *Centr. f. gyn.*, 1887, n° 44, p. 698. — PITRES. *Des zones hystérogènes et hypnogènes; des attaques de sommeil*. — FÉRE. *Etude sur la famille névropathique*. *Archives de Neurologie*. — LASÈGUE. *Etudes médicales*. (Toux hystérique, anesthésie et ataxie hystériques, anorexie hystérique, hystéries périphériques), en 2 volumes. — BOURNEVILLE. *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie*.

1885. PAGE. *Injuries of the spinal, etc.* Londres. — GRASSET. *Maladies du système nerveux*, par M. le Docteur Grasset, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. — FREUND. Des plus fines altérations de l'appareil nerveux dans le paramétrium, par atrophie simple ou paramétritique. *Communication à la section gynécologique de la 58^e réunion des médecins à Strasbourg*, octobre. — DESPLANELS. *De l'ovarite*. Thèse de Paris. — DEBOVE. Hystérie masculine; présentation de malades à la *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 27 novembre. — FÉRÉOL. Présentation d'un malade atteint de syphilis et d'hystérie masculine. *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 18 décembre. — PEUGNIEZ. *De l'hystérie chez les enfants*. Thèse de Paris. — DAWSON. Ablation des ovaires et des trompes pour dysménorrhée et manie. *Société obstétricale de New-York*, 20 janvier. — COË. Hystéro-catalepsie menstruelle. *Soc. obstét. de New-York*, 15 octobre. — TISSIER. *De la castration chez la femme en chirurgie*. Thèse de Paris. — LIPPMAN. Castration contre l'hystéro-épilepsie. *Archiv. f. Gynæk.*, t. I, cah. XXVI. — SCHMALFUSS (G.). De la castration dans les névroses. *Archiv. f. Gynæk.*, t. XXVI, cah. I. — BATAULT. *Contribution à l'étude de l'hystérie chez l'homme*. Thèse de Paris. — CHARCOT et RICHER (Paul). *Études cliniques sur la grande hystérie ou hystéro-épilepsie*, 2^e édition. — SCHMALFUSS. Zur castration bei Neurosen. *Arch. f. gyn.* Bd. XXVI, p. 1. — BAKER. De l'emploi et de l'abus des opérations de Battey et de Tait. *Boston med. and Surg.*, 12 février.

1886. LÉONARD. *De l'hystérie pendant la grossesse et le travail de l'accouchement*. Thèse de Paris. — BERRY-HART et FREELAND-BARBOUR (A. H.). *Manuel de gynécologie*, traduit par le D^r Eug. Crouzat. — TAIT (L.). *Brit. med. Journ.*, t. II, p. 852. A case of hystero-epilepsy successfully treated by removal of damaged uterine appendage. *Lancet*, 1887, t. II, p. 1213. — MOSO. *La peur*. 1 vol. Paris. — SCHRODER. Ueber die castration bei Neurosen. *Zeitsch. f. geb. und gyn.* Bd. XIII, heft. 2, p. 325. — ERICHSEN. *On railway and other injuries of the nervous system*. Londres. — PEYRE-PORCHER. Influence of the recent earthquake shocks in Charleston upon health. *Med. News*. n° 2, Philad. — MAGNIO. *De la castration chez la femme comme moyen curatif des troubles nerveux*. Thèse de Paris. — DÉJERINE (J.). *De l'hérédité dans les maladies du système nerveux*. — CHARCOT (J. M.). *Œuvres complètes*, 1886-1891 : en 9 volumes. Paris. — TARNIER et BUDIN. *Traité de l'art des accouchements*, t. II, ch. IX, § 2, p. 157 ; de l'hystérie. — HAFSTER. Hystérie générée par la castration. *Korrespondenzblatt für Schweizer arzte*, n° 9-11. — PÉAN. *Gazette des Hôpitaux*, n° 145, p. 1170.

1887. CHARCOT. *Leçons du mardi à la Salpêtrière*. (Continuées les années suivantes). — MÜLLER. *De la toux utérine*. Thèse de Paris. — GILLES DE LA TOURETTE. *L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal*. — Article Hypnotisme du *Dictionnaire Encyclop. des sciences médic.* (avec M. P. Richer). Charcot et Gilles de la Tourette. *L'hypnotisme chez les hystériques*. *Dict. de Hach-Tuke*, 1891. *Revue de l'hypnotisme*, 1887. — GUITERAS. Influence of the recent earthquake shocks in Charleston upon health. *Med. News*. n° 2. Philadelphia. — BIRCHER. A case of hystero-epilepsy successfully treated by removal of damaged uterine appendages. *Lancet*, t. II, p. 1213. — EMMET (Th. E.). *La pratique des maladies des femmes*, traduit sur la 3^e édition et annoté par A. Olivier. Paris. — ROUTIER. Observation de pyo-salpinx. *Société de chirurgie*, 12 octobre. — VILLERS (Gustav). Ueber die Berechtigung der castration der Frauen zur Heilung von Neurosen und Psychosen bei intactem

Sexuale system. Dissert. inaug. Fribourg. — BERNHEIM. Communication d'hystérie vraie guérie par la suggestion. *Société de médecine de Nancy*, 26 janvier. — MARIE (Pierre). L'hystérie en Allemagne. *Progrès médical*. — HERGOTT (père). Communication sur la castration chez la femme. *Société de médecine de Nancy*, 9 février — PICHEVIN. *Des abus de la castration chez la femme*. Thèse de Paris. — BERBEZ (P.). L'hystéro-traumatisme, n° 95. L'hystérie toxique, 1888, n° 6. *Gazette des Hôpitaux*, revues générales. — LE CLERC. *L'angine de poitrine hystérique*. Thèse de Paris.

1888. MARTIN (Noël). *Des accidents réflexes consécutifs aux opérations pratiquées sur l'utérus et l'ovaire*. Thèse de Paris. — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Leçons sur les troubles réflexes après les opérations sur l'utérus et ses annexes. *Bulletin médical*. Paris. — FURET. *Contribution à l'étude de l'hystérie dans ses rapports avec divers états morbides*. Thèse de Paris. — CHIARLEONI (G.). Castration simulée chez la femme. *Association médicale Italienne*. Pavie. — TABARAND. *Des rapports de la dégénérescence mentale et de l'hystérie*. Thèse de Paris. — HELSINGFORS. *Étude sur l'hystérie infantile*. Thèse de Paris. — ZALDIVAR. *De la nature hystérique de la vésanie*. Thèse de Paris. — OPPENHEIM (H.). Affections du système nerveux consécutives aux accidents de chemin de fer, communication à la *Société de médecine interne*, 16 janvier. — HISCHEMANN. *Intoxications et hystérie*. Thèse de Paris. — APOSTOLI. Traitement électrique de la salpingite, communication à la *Société de médecine de Paris*, 11 février. — HOCQUET. *Des rapports de la chorée gravidique avec l'hystérie*. Thèse de Paris. — MAGNIN (Paul). Allochirie visuelle chez une hystérique hypnotisée. *Société de biologie*, 16 janvier. — MACÉ. *Des accidents pseudo-méningitiques chez les hystériques*. Thèse de Paris. — FÉRÉ. Allochirie dans un cas d'hémi-anesthésie hystérique. *Société de biologie*, 4 février. — MONTPROFIT. *Salpingites*. Thèse de Paris. — CLOPATT. *Études sur l'hystérie infantile*, Helsingfors. — M^{lle} GOLDSPIEGEL. *Contribution à l'étude de l'hystérie chez les enfants*. Thèse de Paris. — BENTÉJAC. *De quelques phéno-*

mènes nerveux observés à la suite des opérations pratiquées sur l'abdomen. Thèse de Paris. — BALLET (Gilbert). État mental des héréditaires dégénérés. *Archives de médecine*, mars-avril. — GRASSET. Article « Hystérie » dans le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*. (Dechambre et Lereboullet), tome XV. — MERKEL (F.). *Beitrag zur kasuistik der kastration bey Neurosen*. Nuremberg. — MAY. A case of hystero-epilepsy ; Tait's-opération, cure. *Virginia med. month.*, Richmond, 1888 89, t. 15, p. 174. — IMLACH. A case of hystero-epilepsy of 20 years duration treated by removal of the uterine appendages. *Brit. med. Journ.* t. I, p. 140. — DREYFOUS. *De l'hystérie alcoolique*.

1889. FÈRE (Ch.). Note sur le temps de réaction électrique chez les hystériques, communication à la *Société de Biologie de Paris*, 2 février. — BRISSAUD (E.). *Les hystéries provoquées*. — THERMES (J.). *Traité élémentaire d'hygiène et de thérapeutique de l'hystérie*. — GIBBERT. Hystérie et intoxication tabagique, communication suivie de discussion à la *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 25 octobre. — JANET (Pierre). *L'automatisme psychologique. État mental des hystériques*. — SÉGLOS. Les dangers de l'hypnotisme. *Ann. méd. Psych.* t. X, 7^e série. — BOURNEVILLE, COURBAIEN, RAOULT et SOLLIER. Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. *Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre pendant les années 1887 et 1888*, tome IX de la collection. — GUINON (Georges). Les agents provocateurs de l'hystérie. *Progrès médical*. — MARTIN. *Traité clinique des maladies des femmes*, traduit sur la 2^e édition allemande par les D^{rs} H. Varnier et F. Weiss, avec préface de M. Pozzi. Paris. — BODENSTEIN. *Hysterie beim mannlichen geschlecht*. Inaug. Dis. Wurtzbourg. — SOUQUES. De l'hystérie mâle dans un service hospitalier. Hôpital Broussais, 1889. *Archives générales de médecine*, août 1890. — ODEBRECHT. In *Beit. z. geb. und gyn.* Jubilé d'A. Hégar, p. 87. — RAYMOND. Des associations morbides en pathologie nerveuse, à propos d'un cas de rhumatisme compliqué d'anesthésie hystérique. *Progrès médical*, n^o 20. — Résumé des

principaux travaux russes concernant la neurologie. *Archiv. de neurol.*, vol. XVIII, p. 472. — D'AURELLE DE PALADINE. *De l'anesthésie hystérique. Contribution à l'étude des associations morbides en pathologie nerveuse.* Thèse de Paris. — MARIE (P.). *L'hystérie à la consultation du bureau central des Hôpitaux de Paris. Étude statistique* *Progrès médical*. — RIZKALLAHT. *Étude critique du traitement des salpingites et en particulier du curettage de l'utérus dans la salpingite catarrhale.* Thèse de Paris. — GIRODE. Quelques faits d'hystérie toxique. *France médicale*, 36^e année. — MILNER (Jacques). Cas d'amblyopie hystérique. *Lancet*, 7 décembre.

1890. BALLET (Gilbert.) Un cas de monoplégie brachiale hystérique avec atrophie. — Communication à la *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 9 mai. — BALLET (Gilbert) et TISSIER (Paul). Du bégaiement hystérique. *Archives de neurologie*, n^o 58, juillet. Communication à la *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, par M. Ballet, 4 juillet. — FÈRE. Analogie entre l'état de fatigue et l'hystérie. *Communication à la Société de Biologie*, mai. — BAUDOUIN (Marcel). *Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes dans les retrodéviation de l'utérus.* — HOESSEL. *Neurolog. centralbt.* — KRAUSS (W.). De l'état hypnotique dans l'hystérie. *Journ. of nervous and mental diseases*, août. — GILLES DE LA TOURETTE et CATHELINÉAU. *La nutrition dans l'hystérie.* Paris. *La nutrition dans l'hypnotisme.* Nouv. Iconog. de la Salpêtrière, n^o 5. — MAURICE DE FLEURY. Contribution à l'étude de l'hystérie sénile. *Médecine moderne* du 4 septembre. — BOULAY (M.). De la fièvre hystérique. *Gazette des Hôpitaux*, n^o 148, revue générale. — PELTESOHN. Mutisme hystérique. *Berlin. klin. Wochensch.*, 28 juillet. — GRANDMAISON (F. de). — Des métrites, *Gazette des Hôpitaux*, revue générale n^o 29. De l'emploi des crayons à la pâte de chlorure de zinc dans le traitement des endométrites chroniques, n^o 91. — CHARCOT. Des tremblements hystériques, leçon recueillie par M. Georges Guinon. *Progrès médical*, n^o 36, 6 septembre. — CHAPUT. Cornage et accès de suffocation chez un hystérique mâle. Intégrité du larynx, spasme de la trachée, trachéo-

tomie, guérison. *Archives de laryngologie*, août. — DEBOVE. Hystérie simulant la chorée de Sydenham. *Société médicale des Hôpitaux* du 10 octobre. — MORDRET (E.). De l'évolution clinique des salpingo-ovarites. *Gazette des Hôpitaux*, revue générale, n° 134. — SAINT-AUBIN. Des fugues inconscientes hystériques. *Diagnostic différentiel avec l'automatisme de l'épilepsie*. — HUCHARD. Hystérie dans ses rapports avec divers états morbides. — REISCHAUER. Beziehungen der Hysterie zum genital apparat. *Ein Fall von Hysterie beim manne nach Urethro tonica externa*. Berlin. — GRASSET et RAUZIER. Deux cas d'hystérie provoquée par une maladie aiguë, par le professeur Grasset et le Dr Rouzier. — LABADIE-LAGRAVE. Diagnostic et traitement des salpingites. *Annales de thérapeutique médico-chirurgicale*, juillet. — BITÔT Hystérie mâle dans le service de M. le professeur Pitres. Thèse de Bordeaux. — SONTOL. Hystéries toxiques. Thèse de Paris. — HIRT (L.). *Pathologie et thérapeutique des maladies du système nerveux*.

1891. RAYNAUD. Phénomènes nerveux dans la blennorrhagie : Hystérie et hypocondrie. *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, mars. — GILLES DE LA TOURETTE ET CATHELINÉAU. Le sang dans l'hystérie normale, communication à la *Société de biologie de Paris*, 7 février. — BABINSKI. Polyurie hystérique, communication à la *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 12 novembre. — PLAYFAIR. On removal of the uterine appendages in cases of functional neurosis. *Brit. med. Journ.* 17 janvier, p. 1199. — BAILLET. Epilepsie jacksonienne hystérique, communication à la *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3 juillet. — RICHARDIÈRE. Troubles trophiques cutanés hystériques, communication à la *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 13 mars. — POZZI (S.) et BAUDRON, *Revue de chirurgie*, août, p. 622. — ODDO. Caractères généraux des tremblements hystériques, communication au 20^e Congrès pour l'avancement des sciences. Marseille, 7 octobre. — PITRES. Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme. — GOURAUD et DÜR (Martin). Syndrome hystérique simulateur d'une lésion protubérantielle, communication à la *Société*

médicale des *Hôpitaux de Paris*, décembre. — BURNET. *Contribution à l'étude de l'hystérie infantile : son existence au-dessous de l'âge de cinq ans*. Thèse de Paris. — PUCCI (P.) Fièvre hystérique. *Gazetta degli ospitali*, n° 91. Cf. D^r L. Greflier, l'hystérie en Italie, *Médecine moderne*. Paris, 24 décembre. — PLICQUE (A. F.) Les coxalgies hystériques. *Gazette des Hôpitaux*, revue générale, n° 66. — COLIN (HENRI) *Essai sur l'état mental des hystériques*. Thèse de Paris. — SPENCER WELLS. L'oophorectomie et la castration des femmes dans les affections psychiques et nerveuses, traduction par le D^r Labusquière, *the Bradshaw lecture delivered at the Royal Collège of surgeons of England*. — SOUQUES. *Contribution à l'étude des syndromes hystériques « simulateurs » des maladies organiques de la moelle épinière*. Thèse de Paris. — BAZY. Castration ovarienne chez une hystérique. *Congrès français de chirurgie*, 1^{er} avril. — DUTIL. *Contribution à l'étude clinique des tremblements hystériques*. Thèse de Paris. — DOLERIS (A.) Trop de mutilations inutiles, pas assez de gynécologie conservatrice. *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, août et septembre. — TOCHE. *Hystérie et chorée de Sydenham*. Thèse de Paris. — BÉOLET. *Quelques considérations sur le mutisme hystérique*. Thèse de Paris. — DECOUX. *De la paralysie faciale hystérique*. Thèse de Paris. — PICK. Ueber die sogenante, etc. « Conscience musculaire ». *Zeitsch für Psych. und Phys.* — DELBET (Pierre). — *Des suppurations pelviennes chez la femme*. — ARTIÈRES. *Étude des névralgies hystériques*, en particulier de la névralgie faciale. Thèse de Paris. — KRAFIT (Charles). — *Paralysies hystériques provoquées par la crainte des examens*. *Revue médicale de la Suisse romande*, mai. — GILLES DE LA TOURETTE, *Traité de l'hystérie d'après l'enseignement de la Salpêtrière*. — ROUFFINET. De l'œil hystérique. *Gazette des Hôpitaux*, revue générale, n° 127. — LEGRAND DU SAULLE. *Les hystériques*. — LAWSON TAIT. *Traité clinique des maladies des femmes*, traduit par le D^r Bétrix. — THIRIAR. Des troubles consécutifs au rein mobile. — *Congrès de gynécologie et d'obstétrique*. Bruxelles. — RICHELOT. — *Des résultats éloignés de l'ablation des annexes*.

1892. REVILLE. *Grossesse et hystérie*. Thèse de Paris. — BLOC et ONANOFF. *Semeiologie et diagnostic des maladies nerveuses*, in-18. — M^{me} FILEMONOW (S. V.). De l'état anatomopathologique des ovaires dans les névroses. *Annales de gynécologie*, t. XXXVII. — HYVERNAND. *Quelques recherches sur les attaques de sommeil hystérique*. Thèse de Paris. — NORSTROM (G.). *Massage dans les affections du voisinage de l'utérus et de ses annexes*. 1889 et 1892. — POZZI. *Traité de gynécologie*, 2^e édition. — BERLIN (de Nice). *Du curettage de l'utérus, sa technique et sa valeur*. — AUVARD. *Traité pratique de gynécologie*. — RICHELOT. De l'intervention chirurgicale dans les grandes névralgies pelviennes. *Société de chirurgie*, 2 novembre. — DEBOVE. Hystérie développée chez une femme ovariectomisée. *Société médicale des Hôpitaux*, 18 novembre. — VOISIN (Jules). *L'idiotie, hérédité et dégénérescence mentale*, psychologie et éducation de l'idiot, par le D^r Jules Voisin, médecin de la Salpêtrière. — RICHER. *Les paralysies et contractures hystériques*.

1892-93. JANET (Pierre). — Les stigmates mentaux, les accidents mentaux des hystériques. *Bibliothèque Charcot-Debove*.

1893. VAN GEHUCTEN. *Leçons sur le système nerveux*. Louvain. — DÉJERINE. *Revue neurologique*, mars. — M^{me} BYCHOFFSHY. *Contribution à l'étude de l'hystéro-traumatisme (hystéro-traumatisme interne)*. Thèse de Paris. — SOLLIER. *Guide pratique des maladies mentales*, in-18. — TOULOUSE (E). Étiologie et formes cliniques des psychoses puerpérales. *Gazette des Hôpitaux*, revue générale, n^o 112. — FABRE. *De l'hystéro-neurasthénie traumatique* devant la loi, dans les accidents de chemin de fer. Thèse de Paris. — MARION SIMS. Sept cas d'hystéro-épilepsie guérie à la suite d'une opération gynécologique. *Medical Record*, cf. *Gazette de gynécologie*, 15 juillet 1894. — LANDAU. Les salpingites. *Gazette de gynécologie*, février, mai. — REGIS (E). Folie consécutive à une ovario-salpingectomie. *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*. — CAMESCASSE. *Choix de l'intervention dans les affections des annexes de l'utérus*. Thèse de Paris. —

FREND. Mécanisme psychique des phénomènes hystériques. Communication au *Club médical de Vienne*, séance du 11 janvier. — *Les états seconds*. Paris. — SAUCIER. *Essai sur le traitement médical des salpingites*. Thèse de Paris. — STRUMPELL *Congrès de médecine interne*. Wiesbaden, avril.

1894. CHOTEAU. Troubles nerveux après une opération obstétricale. *Archiv. de tocologie et de gynécologie*, octobre. — JOURDAN. Diagnostic de la coxalgie hystérique. *Concours médical*, p. 124. — RAGNIN. *Contribution au traitement conservateur dans les cas d'ovaro-salpingites* (ignipuncture, traitement de Martin). Thèse de Paris. — BONET ET PETIT. *Traité pratique de gynécologie*, avec figures. — FISCHER. *Aperçu clinique sur les principales maladies nerveuses à la clinique des enfants de la Faculté de médecine de Nancy*, pendant l'année scolaire 1892-1893. Thèse de Nancy. — LEGENDRE (P.). Traitement de l'hystérie. *Concours médical*, p. 55. — DAGONET. *Traité pratique des maladies mentales*. — OULMONT (P.). *Thérapeutique des névroses*. — DÉJERINE. *Anatomie des centres nerveux*, tome 1^{er}, in-8°. — DEBOVE ET ACHARD. *Maladies du système nerveux*, manuel de médecine, t. III et IV. — VILAIN. *Essai sur les névralgies à distance dans les affections utérines*. Thèse de Paris. — GILLES DE LA TOURETTE. Tic facial hystérique, discussion sur la nature de l'hystérie, communication à la *Société médicale des Hôpitaux de Paris*. — KLIATSKHINE. (de Kasna). Deux formes rares d'hystérie, ressemblant l'une à la maladie de Parkinson, l'autre à la maladie de Thomsen. *Gazette des Hôpitaux*, 20 novembre, n° 134, p. 1256. Cf. *Medicinskoïe Obozrénie*, n° 3. — ROUSSEL. *Des vomissements hystériques*. Thèse de Toulouse. — THIBIERGE. Œdème du membre supérieur, nature hystérique ou arthritique. *Société médicale des Hôpitaux*, 30 avril. — TROUSSEAU (A.). L'œil dans les maladies nerveuses. *Concours médical*, p. 146. — PROFANTER (P.). De la toux utérine et de son traitement. *Semaine médicale*, 18 août. — SANIE. *Contribution à l'étude de la démence hystérique*. Thèse de Toulouse. — ARNOULD (E.). Le tremblement dans les affections du système nerveux. *Gazette*

des Hôpitaux, p. 711, n° 76. — SOLLIER. *Nature de l'hystérie*. Congrès de Rome, avril. — BOURNEVILLE. *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie, l'idiotie et l'hydrocéphalie*, par M. Bourneville, avec la collaboration de MM. Boncourt, Cornet, Lenoir, Jules Noir et P. Sollier, t. XIV. — JACOBS. *Manifestations nerveuses génitales de la femme*. *Polyclinique de Bruxelles*, 16 juin. — BENEDIKT. *Hypnotismus und suggestion*. Leipsig und Wien. — BALLET. *Rapports de l'hystérie et de la folie*. *Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes*. — DUTIL. *Traité de médecine*. Charcot, Bouchard et Brissaud, t. VI, p. 1322. Paris.

1895. DALLEMAGNE. *Dégénérés et déséquilibrés*. Bruxelles. — BRISSAUD (E.). *Leçons sur les maladies nerveuses*. Salpêtrière, 1893-94, in-8° avec 240 fig. — LABADIE-LAGRAVE et L. BASSET. *Diagnostic et traitement médical des salpingites*, *Semaine Médicale*, 9 janvier.

Le Président de la Thèse,
BOUCHARD.

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

TABLE DES MATIÈRES.

	Pages.
INTRODUCTION.....	V
CHAPITRE I. — HISTORIQUE.....	1
CHAPITRE II. — CE QU'EST L'HYSTÉRIE.....	30
CHAPITRE III. — DES CAUSES DE L'HYSTÉRIE.....	54
Hérédité	58
§ I. Influence de l'âge.....	64
Enfants.....	64
Sexe féminin. Adultes.....	65
Sexe masculin. Adultes.....	66
Fréquence	67
§ II. Les agents provocateurs de l'hystérie.....	72
Emotions morales vives.....	72
Éducation.....	73
Imitation. Contagion. Épidémies.....	75
Hypnotisme.....	76
Influence du traumatisme sur la provocation des accidents hystériques.....	78
Influence des maladies générales et infectieuses	83
Du rôle des intoxications comme agents provocateurs de l'hystérie.....	84
Tempérament hystérique.....	85
Professions.....	85
Contenance.....	86
Grossesse.....	87
Influence des climats.....	89
CHAPITRE IV. — HYSTÉRIE ET MENSTRUATION.....	90
§ I. Quelques auteurs contestent toute influence de la menstruation sur l'hystérie.....	93
§ II. Connexité reconnue entre l'hystérie et la fonction menstruelle.	96
§ III. Hystérie provoquée par l'évolution menstruelle.....	103
CHAPITRE V. — HYSTÉRIE ET MÉTRO-OVARO-SALPINGITE.....	130
§ I. Considérations d'anatomie pathologique.....	132
§ II. Métro-ovaro-salpingite chez les hystériques	138

CHAPITRE VI. — L'HYSTÉRIE DANS LA PATHOLOGIE UTÉRO-OVARIENNE.	221
Cancer.....	222
Prolapsus utérin.....	224
Atrésies du col utérin.....	225
Tumeur fibreuse de l'utérus.....	225
Déviation utérine.....	226
Déchirure du col utérin.....	234
Atrophie congénitale de l'utérus.....	236
Malformation des ovaires.....	237
Phlegmon du ligament large.....	238
Tumeur du sein.....	239
CHAPITRE VII. — TRAITEMENT GÉNÉRAL.....	245
§ I. Il faut faire le traitement de l'état constitutionnel.....	248
§ II. Soins à donner pendant les attaques.....	250
§ III. Compression de la région salpingo-ovarienne.....	253
§ IV. Soins après l'attaque.....	258
§ V. Ingestion forcée d'eau.....	259
§ VI. Médication par inhalation.....	262
§ VII. Médicaments antispasmodiques.....	266
§ VIII. Médication narcotique.....	271
§ IX. Médication par les bromures et autres médicaments.....	275
§ X. Médications par les ferrugineux.....	279
§ XI. Électrothérapie.....	281
§ XII. Faradisation.....	283
§ XIII. Galvanisation.....	286
§ XIV. Électricité statique.....	287
§ XV. Métalloscopie et métallothérapie.....	292
Hydrothérapie.....	300
§ XVI. Attitude en présence des hystériques.....	304
§ XVII. Hypnotisation des hystériques.....	312
§ XVIII. Agents perturbateurs.....	321
§ XIX. Prophylaxie.....	324
§ XX. Du mariage des hystériques.....	340
§ XXI. Épidémies d'hystérie.....	350
CHAPITRE VIII. — HYSTÉRIE ET CASTRATION.....	353
CHAPITRE IX. — TRAITEMENT NON OPÉRATOIRE DU SYNDROME UTÉRIN.	434
CONCLUSIONS.....	437
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	439

